



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
***Campus Baixada Santista***



Gisele Camargo Rodrigues

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA E  
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA: UM ESTUDO DESCRITIVO**

**Santos –SP**

**2017**

Gisele Camargo Rodrigues

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA E  
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA: UM ESTUDO DESCRITIVO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Teresa Pace do Amaral.

**Santos – SP**

**2017**

**Data:**14/12/2017

**Nome do aluno:** Gisele Camargo Rodrigues

**Título do Trabalho:** Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia e reconstrução mamária imediata por câncer: estudo descritivo.

<b>Item avaliado</b>	<b>Sim – Adequado (1,0)</b>	<b>Em parte (0,5)</b>	<b>Não – Inadequado (0)</b>
1. Organização geral do trabalho			
2. Trabalho nas normas do TCC – Fisioterapia UNIFESP			
3. Adequada fundamentação teórica na introdução			
4. Objetivos claros e definidos			
5. Metodologia adequada			
6. Descrição clara e correta dos resultados alcançados			
7. Coerência entre objetivos e conclusões			
8. Discussão adequada dos resultados com a literatura científica			
9. Relevância do tema			
10. Apresentação oral			
<b>Nota Final:</b>			

Examinador:\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_

## ATA DE DEFESA PÚBLICA

ATA DA DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DA ALUNAGISELE CAMARGO RODRIGUES, DIA 14 DE DEZEMBRO DE 2017, ÀS 9:30 HS.

Ao 14º dia do mês de dezembro de dois mil e dezessete, às 9:30 horas na Unidade Central da Universidade Federal de São Paulo, na sala 119, instalou-se a Comissão Julgadora da Defesa Pública do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Gisele Camargo Rodrigues composta pelos professores: Profa. Dra. Maria Teresa Pace do Amaral (PRESIDENTE - ORIENTADORA), Profa. Dra. Tânia Scudeller, Profa. Dra. Cinira Assad Simão Haddad, membros da Comissão Julgadora a fim de proceder à arguição do Trabalho de Conclusão de Curso da candidata, sob o título: “Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia e reconstrução mamária imediata por câncer: estudo descritivo.”

Aberta a sessão, o Presidente da Comissão Julgadora autorizou o início da apresentação que transcorreu dentro do tempo determinado de acordo com o artigo \_\_\_\_º do Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia da Unifesp. Após a apresentação do trabalho, foi realizada a arguição e em sequência a Comissão Julgadora se reuniu para atribuição das notas, que se transcreve Profa. Dra. Maria Teresa Pace do Amaral, nota\_\_\_\_ Profa. Dra. Tânia Scudeller, nota\_\_\_\_, Profa. Dra. Cinira Assad Simão Haddad nota\_\_\_\_, obtendo Média Final\_\_\_\_. Em conformidade com o parágrafo \_\_\_\_ do artigo \_\_\_\_ do Regulamento dos TCCs a candidata é considerada (\_\_\_\_\_).

Nada mais havendo a tratar eu \_\_\_\_\_, lavrei a presente ata, que segue assinada por mim e pelos membros da comissão julgadora.

Profa. \_\_\_\_\_

Profa. \_\_\_\_\_

Profa. \_\_\_\_\_

*Dedicatória*

Aos meus pais, que nunca deixaram de  
me apoiar, e me deram suporte para  
concretizar todas as conquistas até  
aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Gentil e Cléia, que me ensinaram que as conquistas dependem do esforço, que nada se faz sem amor e honestidade e que sempre acreditaram na minha capacidade de concretizar os meus sonhos.

Ao meu namorado João, por incentivar, tranquilizar e me apoiar em todos os momentos em que eu não consegui enxergar possibilidades.

À Profa. Dra. Maria Teresa Pace do Amaral, pela sua orientação, dedicação, calma e amizade, durante a execução do trabalho.

Às voluntárias, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Instituto Neo Mama e colaboradoras, que sempre estiveram de braços e portas abertas para o recrutamento das voluntárias e coleta.

Às minhas companheiras de vida e universidade Mylena Anido, Bruna Fraga, Isadora Vieira, Ana Carolina Camacho, Tatiana Dax, Bruna Farias Barreto e Livia Mansur, que compartilharam comigo essa longa trajetória durante esses 6 anos e que sempre acreditaram no melhor de mim.

## Resumo

**Introdução:** as cirurgias como parte do tratamento do câncer de mama vêm sendo progressivamente aprimoradas tornando-se menos radicais, considerando o impacto psicológico e perceptual após a ressecção, além de permitir à mulher, a opção da reconstrução mamária através de diversas técnicas. A qualidade de vida e a funcionalidade são aspectos que sofrem modificações após esse tipo de procedimento cirúrgico, pois estão propensos a gerar complicações que limitam e geram impactos negativos no cotidiano dessas mulheres. Além disso, o tratamento fisioterapêutico tem se mostrado de grande importância para garantir menores prejuízos após o tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida, dor, complicações pós-operatórias, funcionalidade e abordagem da fisioterapia em mulheres com câncer de mama que se submeteram a mastectomia ou mastectomia com reconstrução mamária imediata. **Materiais e Métodos:** estudo descritivo para o qual foram convidadas mulheres que se submeteram à mastectomia ou mastectomia com reconstrução mamária imediata por câncer, acompanhadas no Instituto Neo Mama, na cidade de Santos. Todas responderam ao questionário de qualidade de vida BREAST-Q, questionário de funcionalidade *Quick DASH*, e foram submetidas a uma avaliação física. Os dados foram coletados num único encontro, entre o 4º e 6º mês de pós-operatório. **Resultados:** a partir da avaliação de 7 mulheres no total, o grupo reconstrução não apresentou dor e para o grupo mastectomia o valor médio observado na escala visual foi de 3,63 (dor leve); para a funcionalidade a média do score do *quick DASH* foi de 46,02 para o grupo mastectomia e 5,02 para o grupo reconstrução. Em relação à qualidade de vida, observou-se que a média de todos os domínios do questionário BREAST-Q foi maior para o grupo reconstrução. **Conclusão:** a qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia seguida de reconstrução mamária imediata foi maior e as principais complicações entre o 4º e 6º mês pós-operatório foram: sensação de inchaço, deiscência do sítio cirúrgico, alteração sensorial, web síndrome, contratura de prótese e disfunção de MS. As estratégias de abordagem fisioterapêutica foram orientações, exercícios individuais ou em grupo e terapia manual.

**Palavras chave:** qualidade de vida, câncer de mama, fisioterapia

## **Abstract**

**Introduction:** surgeries as part of breast cancer treatment have been progressively improved, making them less radical considering the psychological and perceptual impact after resection, as well as allowing women the option of breast reconstruction through several techniques. Quality of life and functionality are aspects that undergo modifications after this type of surgical procedure, since they are prone to generate complications that limit and generate negative impacts on the daily life of these women. In addition, the physiotherapeutic treatment has been shown to be of great importance to guarantee lower losses after the surgical treatment of breast cancer.

**Objective:** to evaluate the quality of life, pain and functionality of women with breast cancer who underwent mastectomy or mastectomy with immediate breast reconstruction. **Materials and Methods:** a descriptive study to which women diagnosed with breast cancer who underwent mastectomy or mastectomy with immediate breast reconstruction were invited, accompanied at the Neo Mama Institute, in the city of Santos. All of them answered to the BREAST-Q quality of life questionnaire, the Quick DASH questionnaire, and were submitted to a physical evaluation. The data were collected in a single meeting between the 4th and 6th postoperative month. **Results:** from the evaluation of 7 women the reconstruction group did not present pain and for the mastectomy group the mean value observed in the visual scale was 3.63 (mild pain); for functionality the mean score of the quick DASH score was 46.02 for the mastectomy group and 5.02 for the reconstruction group. Regarding quality of life, it was observed that the mean of all domains of the BREAST-Q questionnaire was higher for the reconstruction group. **Conclusion:** the quality of life of women submitted to mastectomy followed by immediate breast reconstruction was greater and the main complications between the 4th and 6th postoperative month were swelling sensation, surgical site dehiscence, sensory alteration, web syndrome, prosthesis contracture and upper limb dysfunction. As well as, the strategies of physiotherapeutic approach were orientations, individual or group exercises and manual therapy.

**Key words:** quality of life, breast cancer, physiotherapy



**LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

Tabela 1.....19

Tabela 2.....20

Tabela 3.....20

Figura 1.....18

Figura 2.....21

Figura 3.....22

Figura 4.....22

Figura 5.....23

Figura 6.....23

Figura 7.....24

Figura 8.....24

Figura 9.....25

Figura 10.....25

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

GM - Grupo Mastectomia

GR- Grupo Reconstrução

MRH - Mastectomia Radical Halsted

BLS - Biópsia do Linfonodo Sentinela

DM - Diabetes Mellitus

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

H- Fisioterapia Hospitalar

A- Fisioterapia Ambulatorial

AWS- Axillary Web Syndrome

MS – Membro Superior

TL- Tronco Lateral

EVA- Escala Visual Analógica

## Sumário

1. Introdução .....	9
2. Objetivos .....	14
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	14
3. Métodos.....	14
3.1 Voluntárias.....	14
3.2 Considerações Éticas e Legais.....	14
3.3 Materiais .....	15
3.4 Procedimentos .....	15
3.5 Análise dos dados .....	17
4. Resultados .....	17
5. Discussão.....	25
6. Conclusão .....	30
7. Referências Bibliográficas .....	31
8. Anexos .....	35
8.1 Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	35
8.2 Anexo 2- Ficha de Avaliação .....	37
8.3 Anexo 3- Questionário de Qualidade de Vida - BREAST-Q® - Mastectomia .....	39
8.4 Anexo 4- Questionário de Qualidade de Vida - BREAST-Q® - Reconstrução.....	44
8.5 Anexo 5- Questionário de Funcionalidade – Quick DASH.....	53

## 1. Introdução

O câncer é uma doença considerada problema de saúde pública mundial, devido ao imenso impacto causado na vida pessoal daqueles que o enfrentam, e também por conta dos números alarmantes de mortalidade e morbidade (FURLAN et al., 2013).

Com base no documento *World Cancer Report 2014* da *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (INCA, 2016).

Em relação ao câncer de mama, a literatura aponta como sendo o segundo mais comum em mulheres, com estimativa de 1.152.161 novos casos, e 411.093 mortes por ano, no âmbito mundial, tendo seus maiores índices em países desenvolvidos (KAMANGAR et. al., 2006). Para o Brasil, o cenário não é diferente. A estimativa é de 57.960 novos casos em 2016, sendo, portanto, o câncer mais frequente em mulheres brasileiras, desconsiderando os tumores de pele não-melanoma. Sendo que as regiões Sul e Sudeste apresentam os maiores números de casos a cada 100 mil mulheres - 74,3 e 68,08 respectivamente (INCA, 2016).

Tendo como principal fator de risco o envelhecimento (Kamangar et. al., 2006), a busca pela prevenção e rastreamento é fator primordial para um diagnóstico precoce. Como consequência, ações de controle do câncer de mama no Brasil foram gradualmente incorporadas às políticas públicas de saúde desde o fim do ano 1980, como uma das diretrizes da atenção integral à saúde da mulher que se baseia em mamografia anual a partir dos 40 anos até os 49 e a cada dois anos a partir dos 50 (TOMAZELLI et al., 2016).

Em decorrência do desenvolvimento de tecnologias e do diagnóstico precoce, que dão respaldo para maior compreensão das características morfológicas dos tumores da mama, as técnicas cirúrgicas também vêm sendo progressivamente aprimoradas tornando-se menos radicais. O impacto psicológico e perceptual após a ressecção, é colocado em foco, permitindo à mulher a opção da reconstrução mamária (CLARO Jr. et al., 2013).

A mastectomia simples ou total consiste na retirada de todo tecido glandular mamário, incluindo a fáscia do músculo peitoral maior, sem a dissecação axilar. A mastectomia radical envolve o mesmo procedimento, porém, incluindo a dissecação axilar completa. Atualmente a técnica mais utilizada é a mastectomia radical Madden, com a preservação dos peitorais (FIGUEIREDO, 2013).

Dentre as técnicas de mastectomia mais conservadoras, a adenomastectomia tem a característica de preservar a pele e quando possível o complexo areolopapilar, permitindo a reconstrução mamária total. Além de ser menos debilitante, esta técnica apresenta resultados estéticos mais satisfatórios, pois proporciona melhor tonalidade de cor da pele, textura e contorno. Vem sendo amplamente utilizada e tornou-se responsável pelo aumento no número de ressecção mamária profilática (CLARO Jr. et al., 2013).

Entretanto, a técnica cirúrgica escolhida depende do estadiamento clínico do câncer, o que resulta em determinados casos, impossibilidade de uma abordagem cirúrgica conservadora (FREITAS-SILVA et al., 2010). As ressecções conservadoras podem facilitar a reconstrução mamária, porém as cirurgias radicais não diminuem ou anulam a opção da reconstrução (TEIXEIRA & SANDRIN, 2014).

As reconstruções mamárias podem envolver materiais aloplásticos, como expansores e implantes, sendo este último o mais comum. Ou materiais autólogos, como o retalho músculo cutâneo reto abdominal-TRAM (*transverse rectus abdominis myocutaneous*) ou o retalho do músculo latíssimo do dorso, que podem ser utilizados imediatamente após a cirurgia radical ou após o tratamento conservador (TEIXEIRA & SANDRIN, 2014).

As cirurgias de reconstrução envolvem equipe médica multidisciplinar, contando com oncologista, mastologista e cirurgião plástico. Embora seja um tratamento dispendioso tanto para o financiamento público nacional quanto para o particular garante em longo prazo para a grande maioria das mulheres, melhor qualidade de vida, pois pode oferecer resultado estético satisfatório e recuperação da funcionalidade (LIMA et al., 2012).

É importante ressaltar que assim como as cirurgias de ressecção, as reconstruções podem ter consequências e complicações similares como dor, inchaço, restrição de movimento do membro superior (MS) e problemas com o tecido cicatricial no pós operatório (TEIXEIRA e SANDRIN, 2014). Além disso, o período de reconstrução - imediato ou tardio - e o tipo de técnica - tecido autólogo

ou implante - podem influenciar na ocorrência de complicações cirúrgicas imediatas ou em médio e longo prazo (CORDEIRO, 2008).

A ocorrência de complicações pós operatórias foi avaliada por Davies *et al* (2011) em 151 mulheres submetidas à mastectomia com preservação da pele, associada à reconstrução mamária imediata com retalho músculo cutâneo e implante, sendo observado que, hematoma, infecção, seroma e deiscência totalizaram 23% das complicações. Além disso, o índice de massa corporal (IMC) maior que 25 kg/m<sup>2</sup> favoreceu aumento na ocorrência de necrose do retalho e deiscência. A perda parcial ou total do retalho não é incomum podendo comprometer o resultado final da reconstrução e também favorecendo atraso no início do tratamento adjuvante - quimioterapia ou radioterapia (HULTMAN, 2003).

Nas reconstruções que utilizam o dermo-expansor, a infecção é uma complicação que pode gerar sua perda em 40% dos casos (Yii, 2003), além da contratura capsular, que pode predispor a necessidade de cirurgia para melhor adequação estética (SERLETTI, 2011). E ainda, a colocação do dermo-expansor em região submuscular do peitoral maior pode causar diminuição na extensibilidade e força deste músculo (DE HAAN, 2007).

Além das complicações na mama reconstruída, podem ocorrer alterações no sítio doador, em caso de uso de material autólogo. Em alguns trabalhos que abordaram a utilização do TRAM, complicações relacionadas à cicatrização, como infecção, seroma, hematoma, necrose do retalho e retardo na cicatrização do sítio doador, estiveram presentes em 30-50% dos casos (SULLIVAN, 2008; SELBER, 2006). Ainda em relação a esta técnica, observa-se também diminuição de força durante o movimento de flexão de MS 6 semanas após a cirurgia (ALDERMAN et al., 2016).

A utilização do TRAM, também pode favorecer a perda de força de extensão do tronco (ATISHA, 2009), e o aumento de dor nas costas (SIMON, 2004), nas regiões da mama operada, abdominal, axila e pescoço (DELL, 2008).

Em relação à técnica que utiliza o músculo latíssimo do dorso, as complicações podem ser dor (GLASSEY, 2008), prejuízo na amplitude de movimento de flexão (de OLIVEIRA, 2010), diminuição na força de extensão e do músculo manguito rotador (BUTTON et al, 2010) favorecendo alteração na função do ombro (FORTHOMME, 2010). Sendo assim, dificuldade em tarefas que exigem amplitude de movimento acima da cabeça, e algumas atividades esportivas podem

estar presentes no pós-operatório de reconstrução mamária com latíssimo do dorso (ADAMS, 2004).

Sintomas no MS e radioterapia adjuvante também podem trazer sequelas que persistem por longo tempo após a cirurgia, influenciando a funcionalidade (THOMSON, 2008).

Ainda em relação às complicações tardias, vale ressaltar que o linfedema apresenta incidência de 4%, segundo estudo que avaliou 1013 mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata (CROSBY, 2012). Embora essa incidência seja pequena, é uma complicação que promove significativo prejuízo funcional e psicológico.

Todas as complicações supracitadas, sejam elas tardias ou precoces, geram impactos consideráveis na funcionalidade do MS. (CARVALHO et al, 2014).

Pelo exposto, a fisioterapia deve estar presente no pré e pós operatório de cirurgia de ressecção e reconstrução mamária para prevenir possíveis complicações e promover o movimento adequado do MS (TEIXEIRA & SANDRIN, 2014).

As condições cirúrgicas envolvendo a mama possuem maior impacto na qualidade de vida das mulheres por conta da representatividade que esse órgão tem para a imagem corporal da mulher, para a estética e para a sua sexualidade (FIGUEIREDO, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), qualidade de vida pode ser definida como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (OMS, 2016).

Sendo assim, pode-se considerar a qualidade de vida como uma das medidas - se não a mais - importantes a serem avaliadas. Por essa linha, afirma-se que o principal objetivo da cirurgia de reconstrução da mama é melhorar a qualidade de vida após o procedimento e evitar sequela psicológica pós traumática (SHEKHAWAT et al, 2015).

Estudos que investigam os reflexos psicológicos de percepção e aceitação corporal após mastectomia vêm sendo realizados, e em alguns deles foi demonstrado que a cirurgia conservadora e a mastectomia seguida de reconstrução, aumentam os níveis de satisfação das mulheres em comparação com aquelas que não se submeteram a reconstrução (FURLAN et al., 2013; FREITAS-SILVA et al., 2010).

No entanto, os resultados obtidos até hoje na literatura que investigam o impacto do câncer de mama na qualidade de vida, não são totalmente reproduzíveis, devido à heterogeneidade de ferramentas de avaliação da qualidade de vida, podendo ser generalizadas ou específicas (LOTTI et al, 2008).

Segundo revisão de literatura publicada em 2005 que avaliou a sensibilidade de ferramentas de avaliação da qualidade de vida no câncer de mama, o instrumento mais utilizado para pesquisas com esse fim foi o EORTC QLQ-C30 - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* - que é um questionário genérico para o câncer associado a um questionário específico para oncologia mamária, o BR-23. Entretanto, para que haja maior sensibilidade de resultados, os autores sugerem a utilização de ferramentas mais específicas (MAKLUF et al, 2006).

Outro instrumento, o BREAST-Q®, desenvolvido para avaliação de resultados em cirurgia mamária (PUSIC, KLASSEN, CANO, 2012), verifica a satisfação da mulher e a qualidade de vida relacionada à saúde. Existem atualmente quatro módulos do BREAST-Q® validados para uso no Brasil: a) redução de mamas; b) aumento de mamas; c) mastectomia; e d) reconstrução mamária. Cada um destes módulos apresentam versões pré e pós operatória, e incluem escalas independentes que avaliam seis domínios: a) bem estar físico; b) bem estar psicossocial; c) bem estar sexual; d) satisfação com as mamas; e) satisfação com o resultado geral; e f) satisfação com o atendimento (CANO et al., 2012; CANO et al., 2013).

Considerando a alta incidência de câncer de mama no Brasil e no mundo, o impacto do tratamento oncológico na vida das mulheres, as diferentes estratégias de abordagem fisioterapêutica no pós operatório e o escasso número de estudos utilizando ferramentas válidas e responsivas que avaliem qualidade de vida pós reconstrução de mama, torna-se fundamental a realização deste estudo com a utilização do questionário BREAST-Q, para que as intervenções fisioterapêuticas possam se adequar às demandas das mulheres após a cirurgia.



## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Estudar os efeitos da mastectomia com ou sem reconstrução mamária imediata na qualidade de vida de mulheres entre o 4º e 6º mês após cirurgia.

### 2.2 Objetivos Específicos

Verificar no período entre o 4º e 6º mês após a cirurgia:

- Complicações cirúrgicas;
- Funcionalidade dos membros superiores;
- Estratégia de abordagem da fisioterapia;
- Dor;

## 3. Métodos

### 3.1 Voluntárias

Estudo descritivo com 7 mulheres, realizado no Instituto Neo Mama de Combate ao Câncer de Mama, localizado no município de Santos. Foram incluídas no estudo, mulheres submetidas à mastectomia com abordagem axilar - dissecação axilar ou biópsia do linfonodo sentinela - seguida ou não de reconstrução mamária imediata, entre o 4º e 6º mês de pós-operatório, e que possuíam cadastro no Instituto. Foram excluídas aquelas que apresentaram: a) doença em evolução com metástase local ou à distância; b) lesão total ou parcial do nervo torácico longo; c) incapacidade cognitiva para responder e/ou compreender os questionários; e d) deficiência motora prévia em membro superior homolateral à cirurgia.

### 3.2 Considerações Éticas e Legais

Esta pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico intitulado *Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas à Mastectomia e Reconstrução Mamária Imediata por Câncer*, que está sendo realizado entre a Universidade Federal de São Paulo – Campi Baixada Santista e São Paulo, e o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, da Universidade Estadual de Campinas. Os dados apresentados neste Trabalho de Conclusão de Curso farão parte do projeto multicêntrico,

aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, no parecer de número 2.351.077, CAAE:74156217.0.1001.5505.

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

### **3.3 Materiais**

Após a assinatura do Termo, foram submetidas à avaliação fisioterapêutica (Anexo 2), e os materiais e instrumentos utilizados foram: a) goniômetro marca Carci®; b) questionário de qualidade de vida BREAST-Q – Mastectomia (Anexo 3) ou BREAST-Q - Reconstrução (Anexo 4); e c) questionário de funcionalidade *quick-DASH* (Anexo 5).

### **3.4 Procedimentos**

A coleta de dados foi realizada no Instituto Neo Mama, pela acadêmica e sob a supervisão da orientadora, em um único encontro – entre o 4º e 6º mês de pós operatório. O primeiro contato com as mulheres que cumpriam com os critérios de inclusão foi realizado por telefone, sendo agendada uma data para o encontro. No início deste encontro apresentou-se para a voluntária, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para que fosse assinado. Feito isso, realizou-se avaliação através do instrumento Ficha de Avaliação.

A Ficha de Avaliação foi elaborada especificamente para esta pesquisa que apresentou informações relativas à: a) características sociodemográficas e clínicas; b) informações específicas sobre o tratamento oncológico, como tipo de cirurgia, estadiamento tumoral e tratamento adjuvante; c) aspectos cicatriciais, como aderência, deiscência, infecção, necrose; d) complicações como dor, seroma, sensação de peso e síndrome da rede axilar, e e) informações referentes à amplitude de movimento e força muscular.

Para verificar a amplitude de movimento do ombro utilizou-se um goniômetro com círculo completo de zero a 360º, de material plástico, com duas hastes - sendo uma flexível e a outra móvel. A seguir encontram-se as amplitudes de movimento verificadas, assim como a descrição do posicionamento:

- *flexão de ombro (0-180º)*: posicionou-se a voluntária em decúbito dorsal, solicitando-lhe que elevasse o braço para cima, com a palma da mão voltada medialmente paralela ao plano sagital. O braço fixo do goniômetro foi então

posicionado ao longo da linha axilar média do tronco e paralelo ao solo, apontando para o trocânter maior do fêmur. O braço móvel foi posicionado sobre a superfície lateral do corpo do úmero, voltado para o epicôndilo lateral. O eixo do goniômetro permaneceu próximo ao acrômio.

- *abdução de ombro (0-180°)*: com a voluntária em decúbito lateral, solicitou-se a elevação do braço lateralmente em relação ao tronco, com a palma da mão voltada paralelamente ao plano frontal. O braço fixo do goniômetro foi posicionado sobre a linha axilar posterior do tronco. O braço móvel foi posicionado sobre a superfície posterior do braço da voluntária, voltado para a região dorsal da mão. O eixo do goniômetro permaneceu próximo ao acrômio.

- *rotação externa de ombro (0-90°)*: com a voluntária em decúbito dorsal, ombro abduzido em 90°, cotovelo fletido em 90° e palma da mão voltada medialmente para o plano sagital, posicionou-se o braço fixo do goniômetro paralelamente ao solo em direção à cabeça. O braço móvel foi posicionado lateralmente ao antebraço e acompanhava o movimento para trás.

- *rotação interna de ombro (0-90°)*: com a voluntária em decúbito dorsal, ombro abduzido em 90°, cotovelo fletido em 90° e palma da mão voltada medialmente para o plano sagital, posicionou-se o braço fixo do goniômetro paralelamente ao solo em direção ao tronco. O braço móvel foi posicionado lateralmente ao antebraço e acompanhava o movimento para baixo.

A força muscular foi avaliada através do teste de força manual, durante os movimentos de flexão, abdução, rotações externa e interna, sendo graduada da seguinte forma:

- grau 0: ausência de contração;
- grau 1: contração sem movimento ou com movimento incompleto;
- grau 2: contração com movimento completo sem a força da gravidade;
- grau 3: contração com movimento completo contra a gravidade;
- grau 4: contração com movimento completo vencendo resistência manual imposta pela pesquisadora;
- grau 5: contração com movimento completo vencendo forte resistência manual imposta pela pesquisadora.

Após a avaliação, utilizou-se o questionário auto-aplicável BREAST-Q® que tem como objetivo avaliar, sob a perspectiva das mulheres, as diferentes técnicas

cirúrgicas, entre elas a mastectomia e a reconstrução mamária. Atualmente existem quatro módulos para uso no Brasil: redução de mamas, aumento de mamas, mastectomia e reconstrução mamária, cada um com versão pré e pós-operatória. Para este estudo, foram utilizados os módulos mastectomia e reconstrução mamária, ambos na versão pós-operatória. A autorização para a utilização do questionário BREAST-Q foi obtida junto ao proprietário do questionário, *MAPI Trust*.

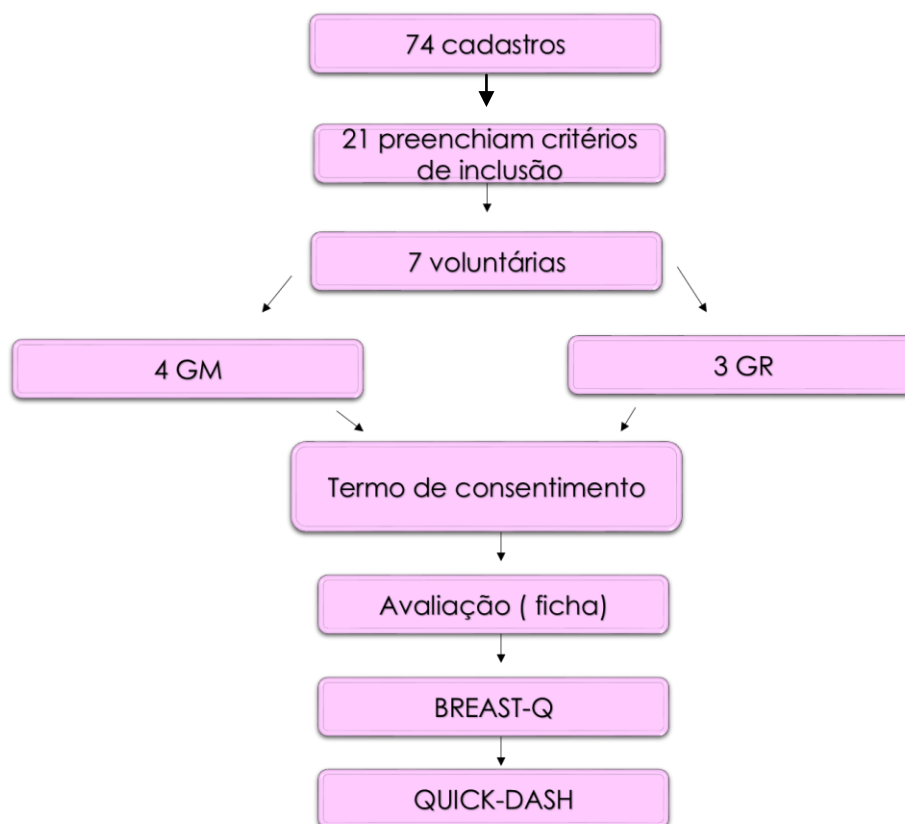
Na sequência, aplicou-se o questionário de funcionalidade do membro superior, *quick-DASH*. Este instrumento foi validado e adaptado culturalmente para uso no Brasil, em 2005. É composto por 30 questões que avaliam a função física, sintomas e função social (*DASH I*), além de conter módulos opcionais, entre eles um para trabalhadores (*DASH III*). O escore varia de 0-100, sendo que valores mais próximos de 100 demonstram pior funcionalidade do membro (ORFALE, 2005). Para este projeto foi utilizada a versão *Quick-DASH*, composto por 11 questões.

### **3.5 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi feita pelo Departamento de Estatística da Universidade Federal de São Paulo - *Campus Baixada Santista*. Para as características sociodemográficas, clínicas e cirúrgicas, a análise foi feita por meio de médias, desvio padrão e frequências absolutas e relativas. A análise dos dados do questionário BREAST-Q foi realizada seguindo o manual de utilização e de um programa fornecido pelo proprietário do questionário - *MAPI Trust* - que permite converter as respostas em escores numéricos para que possam ser interpretados.

## **4. Resultados**

Das 74 mulheres cadastradas no bando de dados do Instituto Neo Mama, 21 preenchiam os critérios de inclusão e apenas 7 aceitaram participar do estudo. As 7 foram avaliadas e responderam aos questionários, sendo 4 alocadas no Grupo Mastectomia (GM) e 3 no Grupo Reconstrução (GR) (Figura 1). A média de idade das 7 voluntárias foi de  $58,14 \pm 15,97$ .

**Figura 1- Fluxograma**

A tabela 1 apresenta as informações referentes às informações clínicas e do tratamento oncológico das mulheres. Em relação à abordagem cirúrgica, 25% das mulheres do GM realizaram a técnica de Halsted; a maioria (66,7%) do GR utilizou implante de silicone e dissecação axilar foi o procedimento mais utilizado em ambos os grupos. A maioria das mulheres da amostra, havia se submetido à quimioterapia no momento da avaliação; e em relação às comorbidades associadas, disfunção musculoesquelética em ombro foi a mais prevalente.

**Tabela 1.** Informações clínicas e do tratamento oncológico das mulheres submetidas à mastectomia ou reconstrução mamária.

Variáveis	Grupo					
	Mastectomia (4)		Reconstrução (3)		Total (7)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Técnica Cirúrgica</b>						
MRH	1	25				
desconhecem a técnica	3	75				
implante de silicone			1	33,3		
dermoexpansor			2	66,7		
simetrização			2	66,7		
dissecção axilar	4	100	2	66,7	6	85,7
BLS	0	0	1	33,3	1	14,3
<b>Tratamento Oncológico</b>						
quimioterapia	2	50	3	100	5	71,4
radioterapia	3	75	0	0	3	42,9
<b>Comorbidades</b>						
diabetes	2	50	00		2	28,6
hipertensão arterial	2	50	00		2	28,6
alteraçãocirculatória	1	25	00		1	14,3
doenças ortopédicas	1	25	1	33,3	2	28,6
disf.musc.	4	100	2	66,7	6	85,7

MRH: mastectomia radical Halsted; BLS: biópsia do linfonodo sentinela; disf. musc.: disfunção musculoesquelética

Os tipos de abordagem/recursos fisioterapêuticos utilizados no pós-operatório - hospitalar e/ou ambulatorial - encontram-se na tabela 2. Apenas 33,3% das mulheres do GR receberam orientação e realizaram exercícios individuais no período hospitalar, correspondendo a 14,3% do total. Além disso, no grupo mastectomia, 75% das mulheres receberam orientação ambulatorial, 50% fizeram exercícios individualmente na fase ambulatorial (28,6% do total), 25% fizeram exercícios em grupo na fase ambulatorial ( 14,3% do total) e 25% se submeteram à terapia manual também na fase ambulatorial (14,3% do total). No GR, apenas 33,3%

receberam orientação na fase ambulatorial, que somada a porcentagem do grupo mastectomia totalizou 57,1% da amostra total.

**Tabela 2.** Abordagem fisioterapêutica no pós-operatório hospitalar ou ambulatorial.

Tipo de Recurso	Grupo					
	Mastectomia (4)		Reconstrução (3)		TOTAL (n=7)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
orientação (H)			1	33,3	1	14,3
exercícios individuais (H)			1	33,3	1	14,3
orientação (A)	3	75	1	33,3	4	57,1
exercícios individuais (A)	2	50			2	28,6
exercícios em grupo (A)	1	25			1	14,3
terapiamanual (A)	1	25			1	14,3

H: hospitalar; A: ambulatorial

Os dados obtidos quanto às complicações pós cirúrgicas estão expostos na tabela 3. A sensação de inchaço na mama correspondeu a 50% do GM e 33,3% do GR, totalizando 42,9% da amostra. A sensação de inchaço em MS e tronco lateral estava presente em 75% (42,9% do total) e 25% (14,3% do total) do GM e GR, respectivamente. Deiscência apareceu no GM, representando 25% do grupo e 14,3% do total. Web síndrome foi observada em 33,3% do GR, representando 14,3% do total. Alteração sensorial esteve presente em ambos os grupos, sendo 25% do GM e 66,7% do GR, representando 42,9% da amostra. Além disso, 66,7% do GR apresentou contratura de prótese.

**Tabela 3.** Complicações pós-operatórias, segundo os grupos Mastectomia e Reconstrução.

Complicações	Grupo					
	Mastectomia (4)		Reconstrução (3)		TOTAL (n=7)	
	N	%	N	%	N	%
sensação inchaço mama	2	50	1	33,3	3	42,9
sensação inchaço MS	3	75			3	42,9
sensação inchaço TL	1	25			1	14,3
deiscência	1	25			1	14,3
web síndrome	0	0	1	33,3	1	14,3
alteração sensorial	1	25	2	66,7	3	42,9
contratura de prótese			2	66,7		

MS: membro superior; TL: tronco lateral

A figura 1 apresenta o resultado da aplicação da escala visual analógica de dor. O GM obteve média  $3,63 \pm 3,24$  (leve intensidade), e GR não referiu este sintoma.

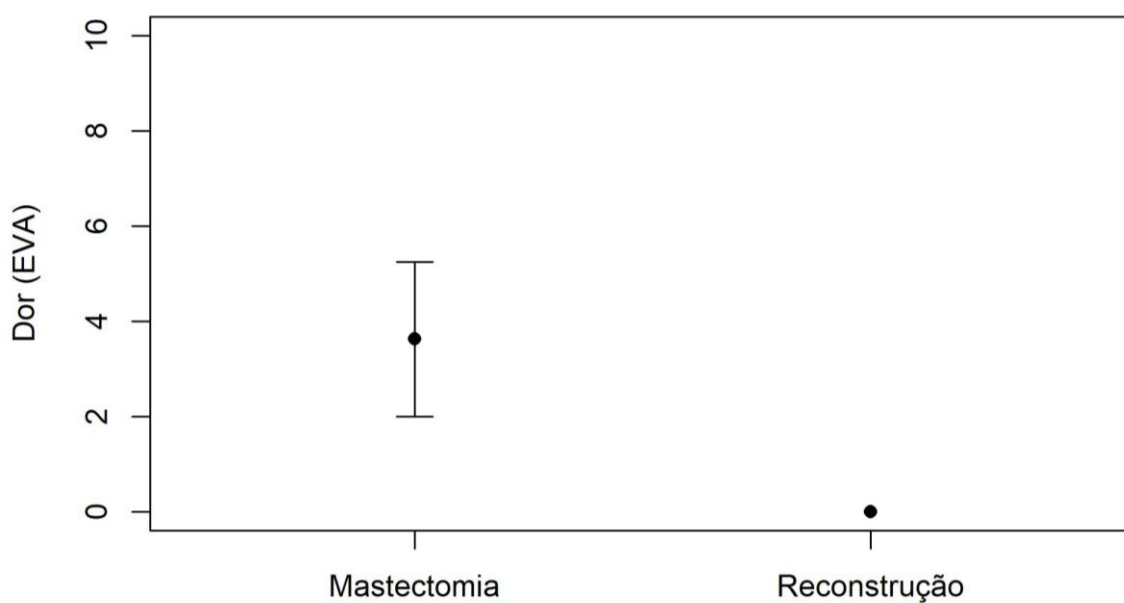


Figura 2- Perfil médio da variável *dor*, de acordo com escala visual analógica.

A análise dos scores de funcionalidade obtidos através do questionário *Quick-DASH*, está representada na figura 2. A maior média foi para o GM ( $46,02 \pm 28,84$ ) evidenciando maior nível de funcionalidade no momento da avaliação.



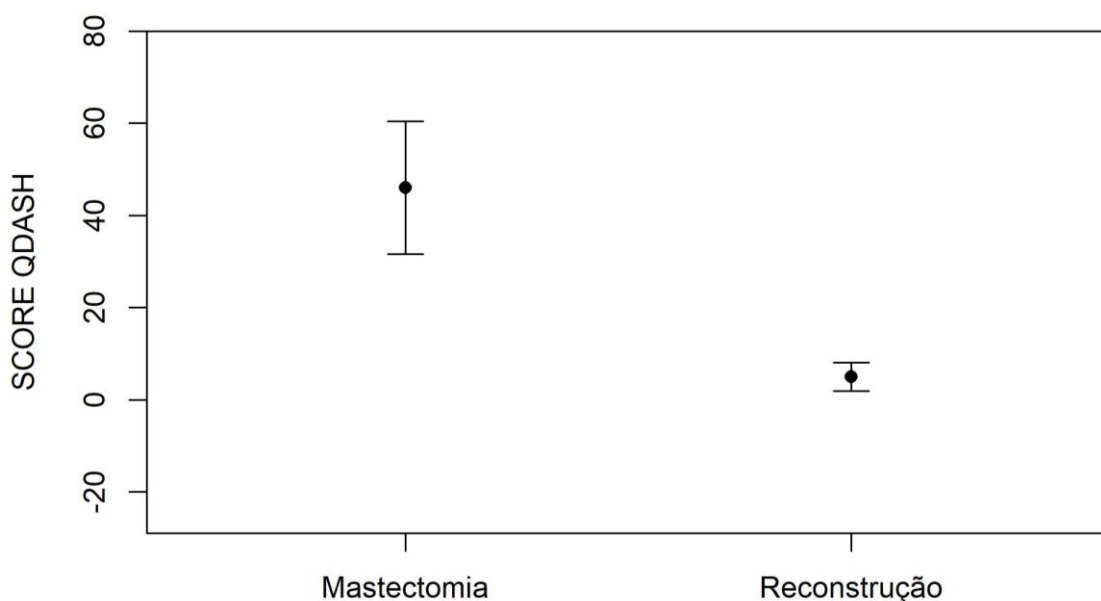


Figura 3- Score de funcionalidade do Quick- DASH.

Os dados referentes à qualidade de vida foram obtidos através da aplicação do questionário BREAST-Q - módulos Mastectomia e Reconstrução, pós-operatório. O questionário apresenta 7 domínios com scores que variam de 0 a 100, sendo 100, maior qualidade de vida.

O primeiro domínio, *Satisfação com as Mamas*, está representado na figura 3. O GM apresentou menor média ( $44,5 \pm 24,06$ ) em relação ao GR ( $72,67 \pm 28,57$ ).

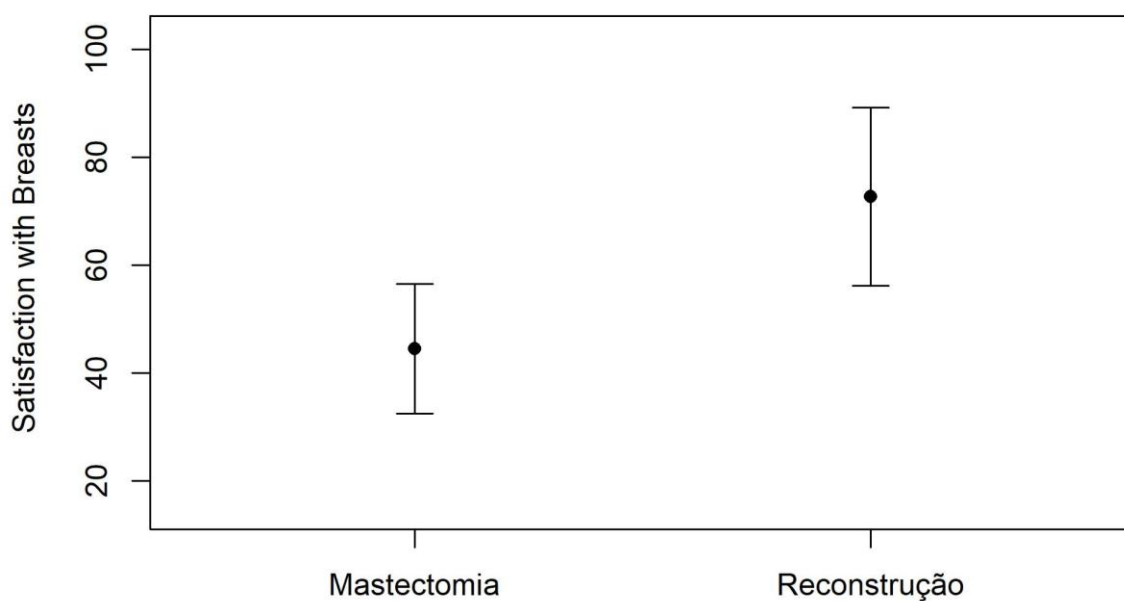


Figura 4- Perfil médio do domínio *Satisfação com as Mamas*

O segundo domínio, *Bem-estar Psicossocial*, está representado na figura 4. A maior média foi do GR (72,67±26,1) e a menor (56,50±29,1), do GM.

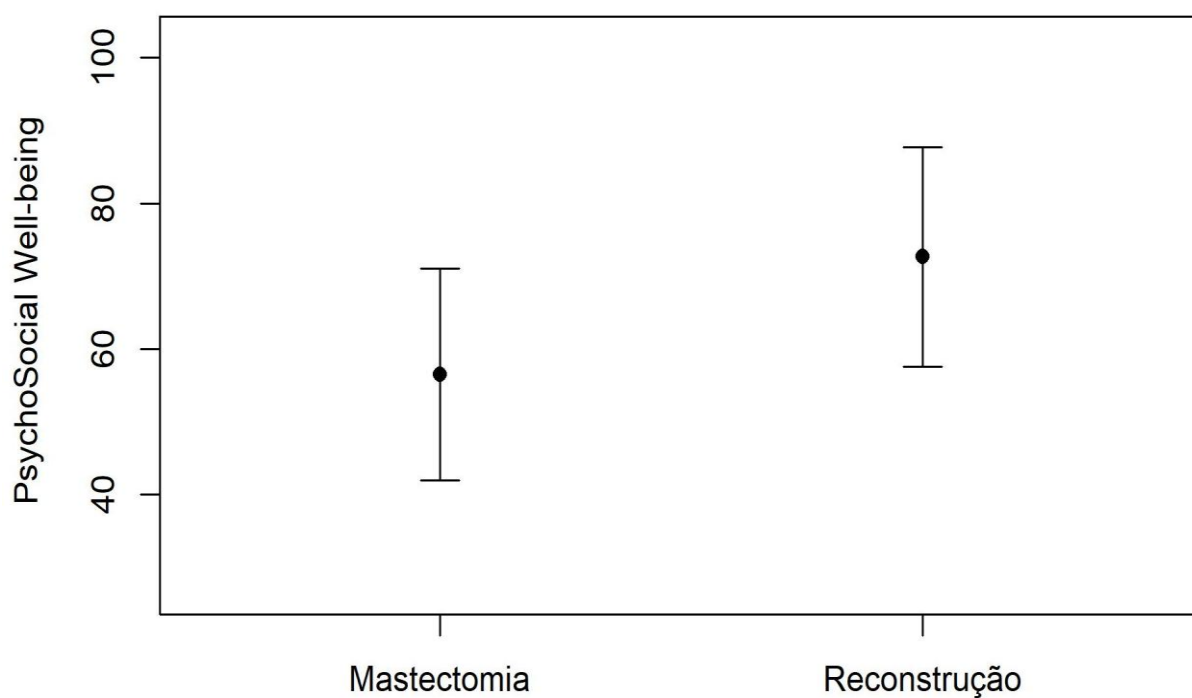


Figura 5 – Perfil médio do domínio *Bem-estar Psicossocial*.

O terceiro domínio, *Bem-estar Físico*, está representado na figura 5. O GM apresentou média 62,5±14,15 e o GR, 77±0.

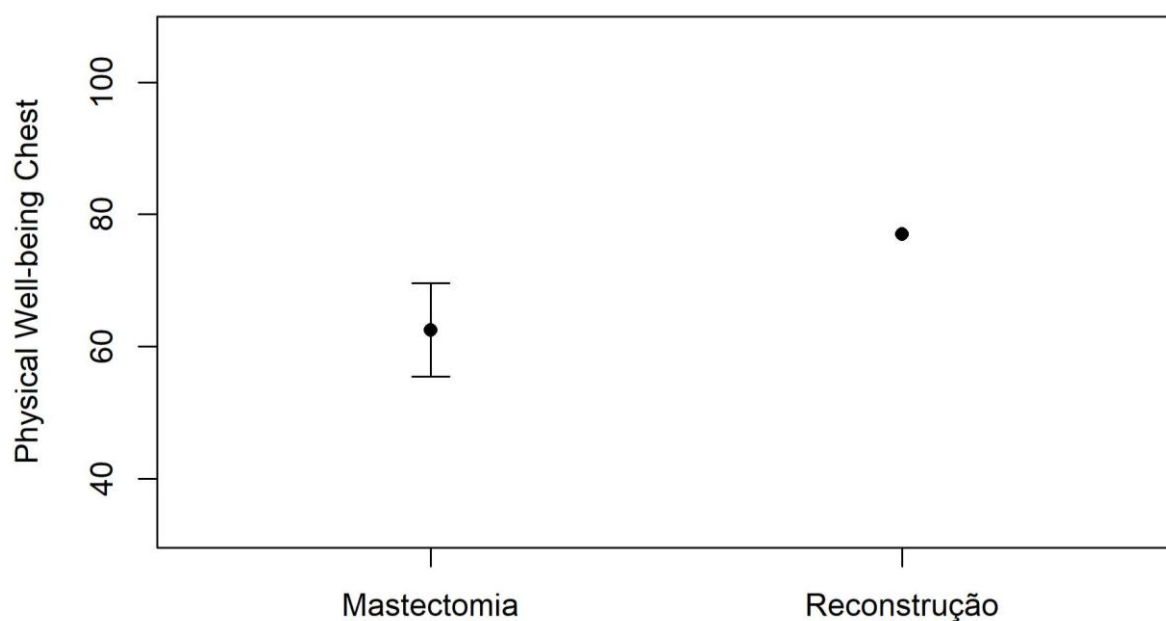


Figura 6 - Perfil médio da variável *Bem-estar Físico*, de acordo com os grupos Mastectomia e Reconstrução.

O quarto domínio, *Bem-estar Sexual*, está representado na figura 6. O GM apresentou média  $23,75 \pm 17,25$  e o GR  $62,33 \pm 34,27$ .

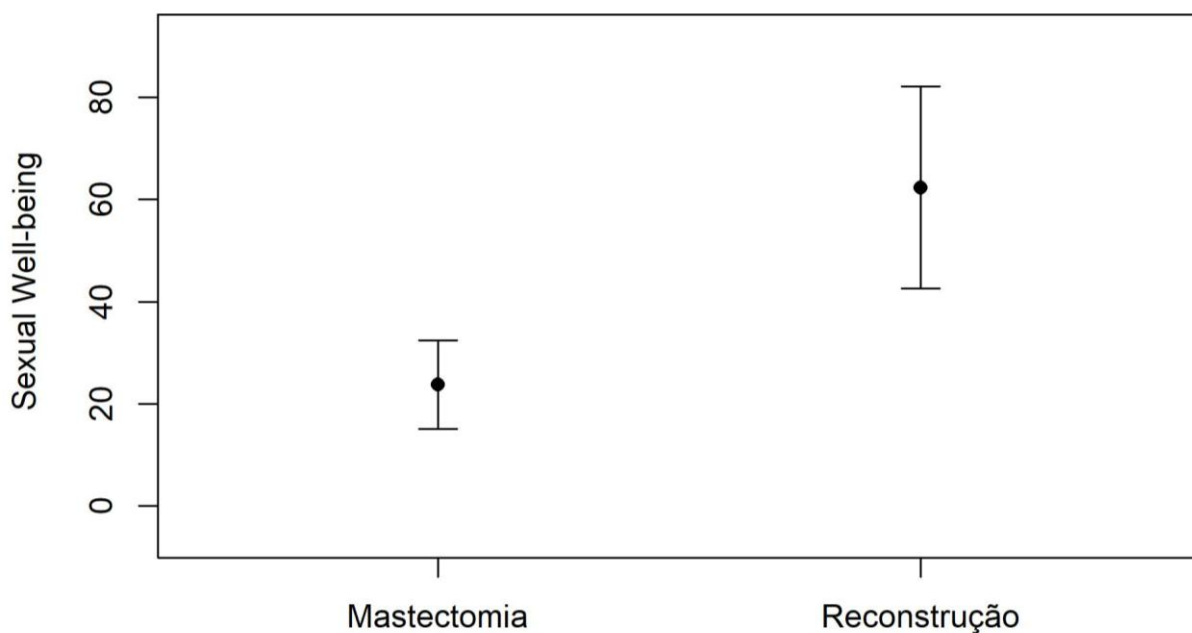
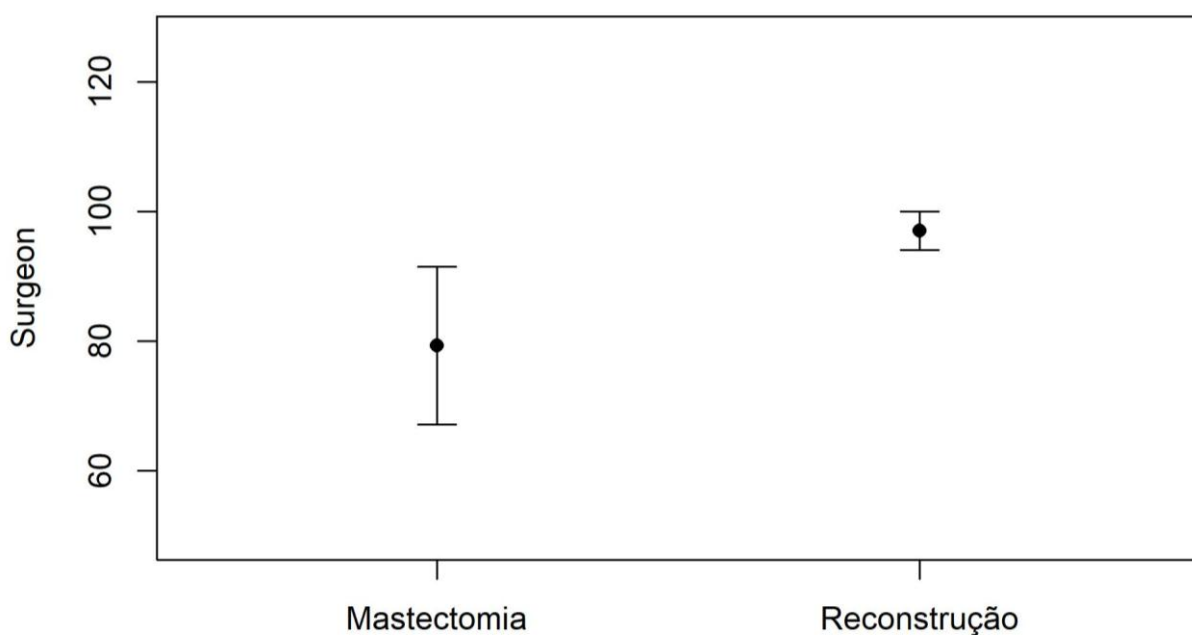


Figura 7 - Perfil médio do domínio *Bem-estar Sexual*, de acordo com os grupos Mastectomia e Reconstrução.

O quinto domínio, *Cirurgião*, representa avaliação da percepção das mulheres sobre seu cirurgião, em relação aos aspectos éticos, de escuta e qualidade de atendimento (figura 7). O GM obteve média  $79,25 \pm 24,38$  e o GR, média  $7 \pm 5,2$ .

Figura 8 - Perfil médio do domínio *Cirurgião*, de acordo com os grupos Mastectomia e Reconstrução.



O sexto domínio, *Equipe Médica*, está representado na figura 8. O GM obteve média  $92,25 \pm 15,5$  e o GR obteve média  $97 \pm 5,2$ .

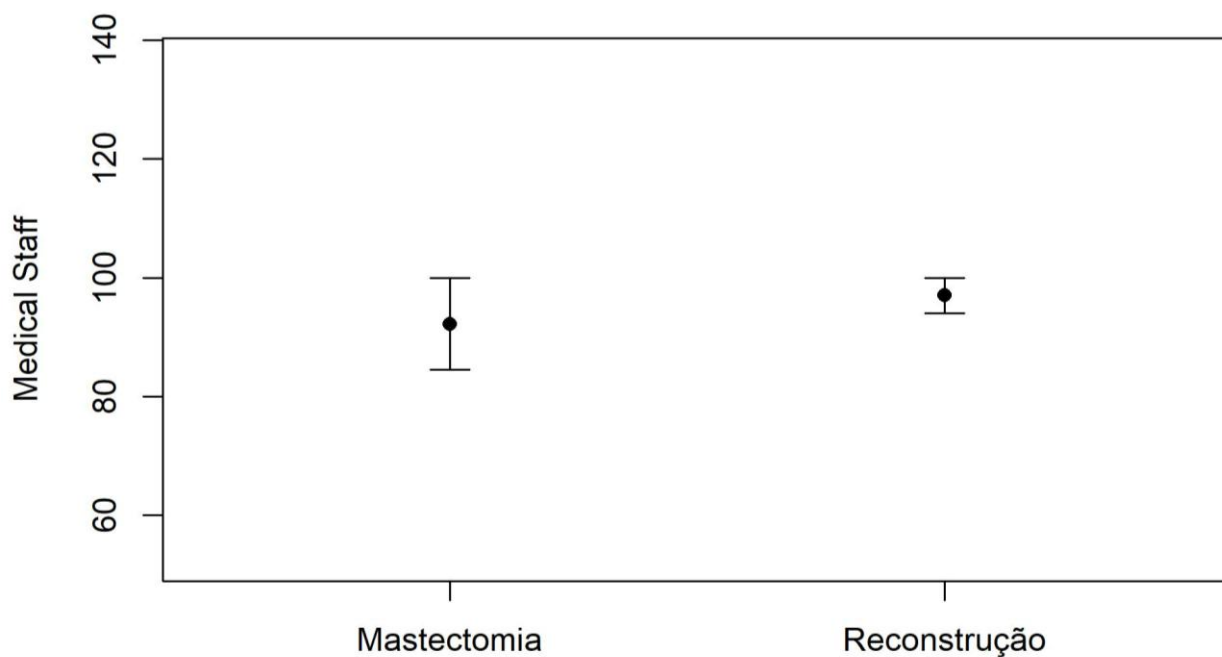


Figura 9 - Perfil médio do domínio *Equipe Médica*, de acordo com os grupos Mastectomia e Reconstrução.

O sétimo domínio, *Equipe do Consultório Médico*, está representado na figura 9. O GM obteve média  $83,25 \pm 22,26$  e o GR obteve média  $95 \pm 8,66$ .

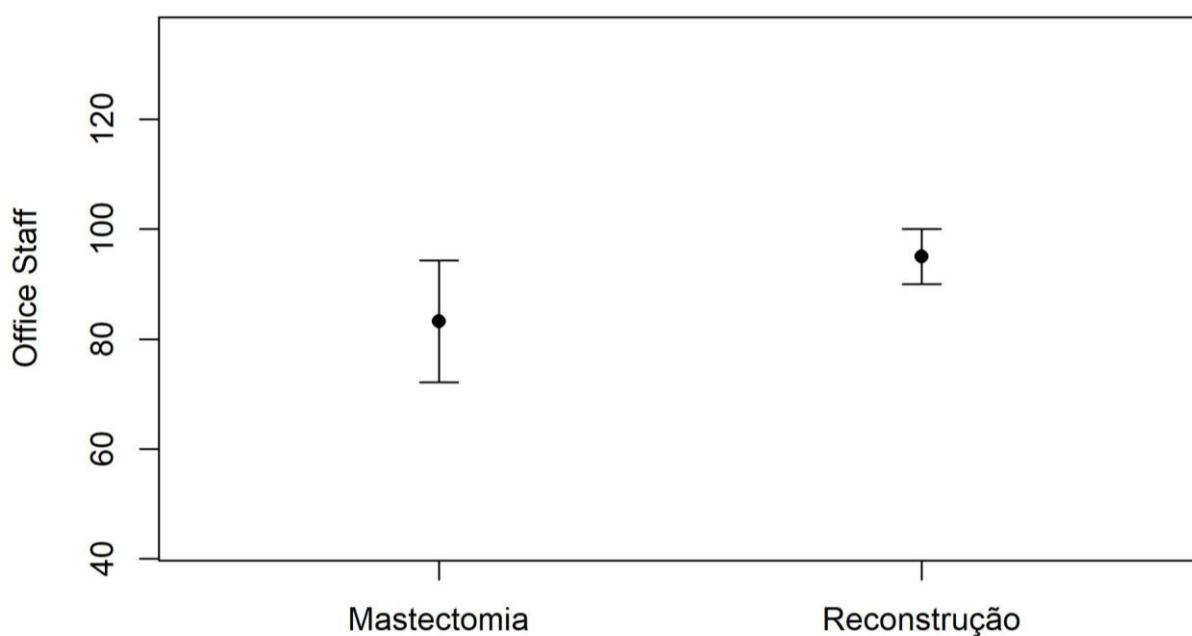


Figura 10 - Perfil médio do domínio *Equipe do Consultório Médico*, de acordo com os grupos Mastectomia e Reconstrução.

## 5. Discussão

A qualidade de vida no pós-operatório de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, tem sido objeto de estudo de vários profissionais da área da saúde, entre eles, o fisioterapeuta. Buscar técnicas cirúrgicas que possibilitem bem-estar - físico, psicossocial e sexual - sem comprometer a segurança oncológica, prevenir e tratar as possíveis complicações oriundas do tratamento e promover maior e melhor qualidade de vida no pós-operatório, certamente é um desafio constante para a equipe de saúde. Dessa forma, com a realização deste trabalho buscou-se informações referentes à influência da técnica cirúrgica, das complicações pós-operatórias e da abordagem da fisioterapia na qualidade de vida desta população.

Complicações como sensação de peso, alteração de sensibilidade, deiscência da incisão cirúrgica, web síndrome e contratura de prótese, foram observadas nas voluntárias deste estudo. De acordo com estudo multicêntrico realizado por Wilkins et al (2016) que discorre sobre as principais complicações após cirurgia de reconstrução da mama, os autores observaram que a escolha da técnica cirúrgica e as características clínicas de cada paciente, pode ter relação direta com o surgimento das mesmas complicações observadas no presente estudo. Sendo assim, pode-se hipotetizar que quanto maior a incidência de complicações, menor a qualidade de vida.

Através das informações cirúrgicas apresentadas neste trabalho pode-se observar que a maioria das mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata utilizou implante de silicone e mesmo com uma amostra reduzida, a contratura de prótese esteve presente em 66% dos casos, no GR. Em revisão realizada em 2016 que verificou os tipos de implantes em cirurgias de reconstrução, concluiu-se que ainda não há consenso na literatura sobre qual a melhor técnica para a reconstrução mamária, levando-se em consideração as complicações pós cirúrgicas, principalmente a contratura de prótese (ROCCO et al, 2016).

A dor é outra complicação bastante comum no pós-operatório de cirurgias mamárias oncológicas, sendo variável, multifatorial e subjetiva para cada mulher (ANDERSEN & KEHLET, 2011). Muitos estudos já foram realizados acerca da dor oncológica pós cirúrgica e de acordo com Schreiber et al (2014)- a avaliação deste sintoma é subjetiva, pois existem variações importantes em relação à sua

graduação. No presente estudo, verificou-se a dor através da Escala Analógica de Dor, graduada de 0 a 10, sendo que sua presença foi considerada a partir do momento em que fosse diferente de 0. Observou-se então, que as mulheres do GM referiram dor de leve intensidade, e as do GR, não referiram esse sintoma.

Segundo Wang et al (2016), a presença de dor após cirurgia por câncer de mama está fortemente associada à radioterapia, dissecação axilar, dor aguda pré-operatória e faixa etária. Essa afirmação pode justificar a presença de dor no GM, já que todas as mulheres deste grupo foram submetidas à dissecação axilar e 75% estavam em radioterapia no momento da avaliação.

Também é possível observar em relação ao GM que 25% das mulheres foram submetidas à técnica de Halsted, e todas realizaram dissecação axilar. Em contrapartida, apenas 33% das mulheres do GR foram submetidas à técnica de biópsia de linfonodo sentinela (BLS). Em estudo de Kuehn et al (2000), o trauma cirúrgico ocasionado pela dissecação axilar é decisivo para o aparecimento de limitações funcionais do ombro e complicações pós cirúrgicas como o linfedema, e estas complicações estão fortemente relacionadas a menor qualidade de vida das mulheres (Kuehn et al, 2000; Nesvold et al, 2011).

Em relação à funcionalidade, sabe-se que a habilidade do ombro homolateral à cirurgia geralmente está comprometida independente das diferentes técnicas cirúrgicas, e seu grau de comprometimento pode estar relacionado ao estágio do câncer assim como, ao prejuízo anatômico causado pela intervenção cirúrgica (HARRINGTON et al, 2011).

Para a avaliação da funcionalidade de MS neste estudo, aplicou-se o questionário *quick DASH*, instrumento já validado para o português. Várias são as vantagens deste instrumento como, a rápida e fácil aplicação, além da sensibilidade psicométrica para sobreviventes de câncer de mama, sendo possível mensurar os efeitos das diversas intervenções terapêuticas na funcionalidade (LEBLANC et al, 2013). De acordo com os scores do *quick DASH* observados neste estudo, verificou-se que as mulheres do GM apresentaram maior pontuação, significando menor funcionalidade de MS. De acordo com o presente estudo pode-se inferir que a técnica de mastectomia foi capaz de interferir negativamente na funcionalidade do MS das mulheres do GM. Entretanto, de acordo com a revisão de Harrington et al (2014), mais estudos necessitam ser feitos para que se possa compreender o nível

psicométrico de questionários autoaplicáveis para disfunção do ombro entre pacientes de câncer (HARRINGTON et al, 2014).

A presença de doenças crônicas pré-existentes como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica encontrada em 50% das voluntárias do GM, pode ter interferido negativamente na qualidade de vida das mulheres deste estudo, já que todos os domínios do BREAST-Q para o GM, foram menores em relação ao GR. Essa afirmação é condizente com estudo de Haque et al (2014), o qual demonstrou que o prognóstico de longo prazo para mulheres idosas com câncer de mama é totalmente influenciado pelo controle de condições de saúde preexistentes como a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica. Portanto, a presença ou ausência de um tratamento adequado direcionado a esse propósito, também tem grande influência na qualidade de vida após o tratamento cirúrgico do câncer de mama.

Em relação à fisioterapia, o momento - hospitalar ou ambulatorial - em que se inicia esse acompanhamento, assim como os tipos de recursos utilizados, também pode influenciar a qualidade de vida. De acordo com várias associações internacionais, a reconstrução mamária é complexa e afeta não apenas a articulação do ombro e a função do MS, mas também a cintura escapular, coluna torácica ou musculatura abdominal, dependendo de qual técnica é realizada. Recuperar a mobilidade do ombro e função completa do MS e simultaneamente, minimizar a morbidade do sítio doador, são componentes essenciais do cuidado à mulher submetida à reconstrução mamária. Deste modo, a fisioterapia desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação, sendo imperativo que seu início aconteça o mais precocemente possível, sob a supervisão de um fisioterapeuta experiente, familiarizado com as técnicas de reconstrução mamária e atento ao diagnóstico e tratamento de possíveis complicações (ASSOCIATION OF BREAST SURGERY AT BASO et al, 2007).

Mulheres submetidas à reconstrução com o dermoexpansor ou implante de silicone têm mais dificuldade em iniciar um protocolo de reabilitação utilizado para aquelas submetidas à mastectomia ou cirurgia axilar sem reconstrução, pois a reconstrução pode gerar mais dor e restrição na amplitude de movimento do membro superior. Entretanto, exercícios para MS e correção da postura antálgica, podem ser indicados. Já o uso de técnicas de massagem terapêutica, *taping* neuromuscular e drenagem linfática manual são usuais na prática clínica, mas os protocolos e estudos que comprovam a eficácia destes recursos em mulheres

submetidas à reconstrução com implantes, são escassos na literatura (NEVOLA & SANDRIN, 2014).

A fisioterapia respiratória deve ser uma preocupação a partir do primeiro dia pós-operatório, pois as mulheres que foram submetidas à reconstrução mamária com retalho abdominal, tendem a ter maior tempo de cirurgia, maior período no leito e dor na região abdominal. A indicação de uma postura correta após a cirurgia deve ser dada a todas as mulheres submetidas à cirurgia de reconstrução, independente da técnica utilizada, pois a dor e a discinesia na região abdominal podem afetar o equilíbrio na caminhada ou durante a realização das atividades diárias nos primeiros meses (NEVOLA & SANDRIN, 2014).

Em se tratando de abordagem fisioterapêutica para mulheres submetidas à procedimentos cirúrgicos que não envolvem a reconstrução mamária, a literatura já tem estabelecido como necessária a intervenção fisioterapêutica, através de exercícios físicos iniciados precocemente para a restauração da ADM, funcionalidade e diminuição da dor (McNEELY et al, 2010; SPRINGER et al, 2010).

Contrariamente ao que preconiza a literatura, no presente estudo foi possível observar que no período hospitalar nenhuma mulher do GM referiu ter recebido qualquer tipo de abordagem fisioterapêutica; e 66% das mulheres do GR receberam apenas orientação em relação à prevenção do linfedema e restrição de movimentação do ombro acima de 90°. Já no período ambulatorial – compreendido entre o 4º e 6º mês de pós operatório neste estudo - metade das voluntárias do GM deu início ao atendimento fisioterapêutico, composto por exercício, terapia manual, e orientações em relação a prevenção do linfedema e cuidados com a pele; enquanto que no GR apenas 33,3% receberam somente orientações em relação ao linfedema. Esse contexto em relação à fisioterapia para as mulheres deste estudo, também pode justificar o baixo score dos domínios bem-estar físico e psicossocial, para o GM.

A qualidade de vida avaliada a partir de um instrumento autoaplicável específico para cirurgias mamárias, o BREAST-Q, foi objeto principal deste estudo, e através dos resultados obtidos pela análise de cada domínio deste questionário, pode-se observar que, as mulheres do GR apresentaram melhor qualidade de vida em relação ao GM. Os domínios com as maiores diferenças entre os grupos foram *Bem-estar Sexual*, *Satisfação com as Mamas* e *Bem-estar Psicossocial*.



Em estudo desenvolvido por Castro Sales et al (2001), com 50 mulheres, a respeito da qualidade de vida pós-mastectomia, os autores encontraram que as alterações no funcionamento social de 40% das participantes, foram oriundas de depressão, isolamento e diminuição do prazer sexual, por conta da percepção da ausência da mama.

Outro estudo desenvolvido por Furlan et al (2013) sobre qualidade de vida e autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária, foi evidenciado que, independentemente da reconstrução imediata ou não, não houve diferença significativa em relação a qualidade de vida. Entretanto, a função emocional foi estatisticamente inferior no grupo de mulheres mastectomizadas que ainda não haviam sido submetidas à reconstrução mamária (FURLAN et al, 2013). Esses achados são concordantes com os do presente estudo, pois os domínios mais afetados foram aqueles que contemplaram os aspectos emocionais.

A percepção emocional da presença da mama está estritamente ligada ao bem-estar psicossocial e sexual das mulheres e, além disso, deve-se considerar também o aspecto natural da mama. Segundo Wei et al (2016), ao analisar o bem-estar psicossocial e sexual de mulheres que se submeteram à mastectomia com reconstrução e preservação ou não do mamilo, observou-se que houve maior qualidade de vida nas mulheres que tiveram os mamilos preservados, em relação àquelas que não tiveram. Pode-se inferir com essa informação, que além de se realizar a reconstrução mamária, deve existir também, maior preocupação e cuidado, na escolha do tipo de técnica de reconstrução.

O estudo realizado apresenta algumas limitações como, o baixo número de voluntárias, o que não permitiu a comparação entre os grupos mastectomia e reconstrução e nem da associação das variáveis estudadas, como complicações cirúrgicas, funcionalidade, dor e fisioterapia. Entretanto, ainda assim foi possível fazer algumas inferências a respeito do tema.

Diante do exposto, pode-se dizer que a qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, está relacionada não somente à técnica cirúrgica, mas também à ausência de complicações pós-operatórias e à recuperação física e funcional.

## **6. Conclusão**

Conclui-se a partir da análise descritiva dos casos que a qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia seguida de reconstrução mamária imediata foi maior. Complicações pós-operatórias como sensação de inchaço, deiscência do sítio cirúrgico, alteração sensorial, web síndrome, contratura de prótese e disfunção de MS, estiveram presentes entre o 4º e 6º mês após a cirurgia.

As estratégias de abordagem fisioterapêutica foram orientações, exercícios individuais ou em grupo e terapia manual.

## 7. Referências Bibliográficas

ADAMS WP, J.R. et al. Functional donor site morbidity following latissimus dorsi muscle flap transfer. **Ann Plast Surg**. Texas, v.53, n.1, p.6-11, jul. 2004.

ALDERMAN, A.K.; KUZON, W.M.; WILKINS, E.G. A two-year prospective analysis of trunk function in TRAM breast reconstructions. **Plast Reconstr Surg**. Michigan, v.117, n.7, p.2131-8, jun. 2006.

ASSOCIATION OF BREAST SURGERY AT BASO et al. Oncoplastic breast surgery-a guide to good practice. **Eur J SurgOncol**. Londres, v.34, n, 6, p. 1-23, ago.2008.

ATISHA, D.; ALDERMAN, A.K. A systematic review of abdominal wall function following abdominal flaps for postmastectomy breast reconstruction. **Ann Plastic Surg**. Ann Arbor, v.63, n.3, p.222-230, ago. 2009.

BUTTON, J. Shoulder function following autologous latissimus dorsi breast reconstruction. A prospective three year observational study comparing quilting and non-quilting donor site techniques. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**. UK, v. 63, n.9, p.1505-12, set. 2010.

CANO, S.J. et al. The BREAST-Q®: Further validation in independent clinical samples. **Plast Reconstr Surg**. U.K., v.129, n.2, p.293-302, fev.2012.

CANO, S.J. et al. A closer look at the BREAST-Q®. **Clin Plast Surg**. U.K., v.40, n.2, p.287-296, abr. 2013.

CARVALHO, N.F., BERGMANN, A., KOIFMAN, R.J. Functionality in Women with Breast Cancer: The Use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Clinical Practice. **J Phys Ther Sci**. Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p.721-30, mai. 2014.

CASTRO SALES, C.A.C.C..et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev Bras Cancerol**. Brasil, v.47, n.3, p.263-72, mai 2001.

CLARO JR, F. et al. Complicações em reconstrução mamária total em pacientes mastectomizadas por câncer de mama: análise comparativa de longo prazo quanto a influência de técnica, tempo de cirurgia, momento da reconstrução e tratamento adjuvante.**Rev Bras Cir Plast.**, Campinas, v. 28, n 1, p.85-91, fev. 2013.

CORDEIRO, P.G. Breast reconstruction after surgery for breast cancer. **New England Journal of Medicine**. New York, v.359, p.1590–601, out. 2008.

CROSBY, M.A. et al. Immediate breast reconstruction and lymphedema incidence. **Plast Reconstr Surg**. Texas, v.129, n.5, p.789-795, mai.2012.

DELAY, E. et al. Autologous latissimus breast reconstruction: a 3 year clinical experience with 100 patients. **Plast Reconstr Surg**. Lyon,v.102, n.5, p.1461–1477, out. 1998.

DAVIES, K. et al. Factors affecting post-operative complications following skin sparing mastectomy with immediate breast reconstruction. **Breast**. London, v.20, n.1, p.21-5, fev. 2011.

DE LIMA, D. et al. Oncoplastic approach in the conservative treatment of breast cancer. Analysis of costs. **Acta Cirurgia Brasileira**. São Paulo, v.27, n.5, p.311-314, mai. 2012.

DELL, D.D. Recovery after transverse rectus abdominis myocutaneous flap breast reconstruction surgery. **Oncol Nurs Forum**. Philadelphia v.35, n.2, p.189-196, mar. 2008.

DE OLIVEIRA, R.R. et al. Immediate breast reconstruction with transverse latissimus dorsi flap does not affect the short-term recovery of shoulder range of motion after mastectomy. **Ann Plastic Surg**. Campinas, v.64, n.4, p.402-408, abr.2010.

FORTHOMME, B. et al. Shoulder function after latissimus dorsi transfer in breast reconstruction. **Clin Physiol Funct Imag**. Belgium, v.30, n.6, p.406-412, nov.2010.

FURLAN, V. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.28, n.2, p.264-269, jun. 2013.

FIGUEIREDO, S.L.S. Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes submetidas a cirurgia de câncer de mama. 2013.18p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de ensino e pesquisa Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte.

GLASSEY, N., PERKS, G.B., MCCULLEY, S.J. A prospective assessment of shoulder morbidity and recovery time scales following latissimus dorsi breast reconstruction. **Plast Reconstr Surg**. U.K., v.122, n.5 p.1334-1340, nov. 2008.

HAAN, A. et al. Function of the pectoralis major muscle after combined skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction by subpectoral implantation of a prosthesis. **Ann Plast Surg**. Netherlands, v.59, n.6, p.605-610, dez.2007.

HAQUE, R. et al. Comorbidities and cardiovascular disease risk in older breast cancer survivors. **Am J Manag Care**. Califórnia, v.20, n.1, p.86-92, 2014.

HARCOURT, D.; RUMSEY, N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. **J Adv Nurs**. U.K., v.35, n.4, p. 477–487, ago. 2001.

HERNANDEZ-BOUSSARD, T. et al. Breast reconstruction national trends and healthcare implications. **Breast J**. California, v.15, n. 5, p.463-9, jun.2013.

HULTMAN, C.S.; DAIZA, S. Skin-sparing mastectomy flap complications after breast reconstruction: review of incidence, management, and outcome. **Ann Plast Surg** North Carolina, v.50, n.3, p. 249 –255, mar. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). Estimativa 2016. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 4dez. 2016.

KAMANGAR, F.; DORES, G.M.; ANDERSON, W.F. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. **Journal of clinical oncology**. Maryland, v.24, n.14, p.2137-2150, mai. 2006.

KUEHN, T. et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients--clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. **Breast Cancer Res Treat**. Alemanha, v.64,n.3, p.275-86, dez.2000.

LEBLANC, M. Validation of QuickDASH outcome measure in breast cancer survivors for upper extremity disability. **Arch Phys Med Rehabil**. Filadélfia, v.95, n.13, p. 493-8, mar.2014.

LOTTI, R.C.B. et al. Impacto do tratamento do câncer de mama na qualidade de vida. **Rev Bras Cancerol**. Belo Horizonte, v.54, n.4, p.367-361, mai.2008.

MAKLUF, D.S.A. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Cancerol**. Brasil, v.52, n.1, p.49-58, mar.2006.

MCNEELY, M.L. et al. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. **Cochrane Database Syst Rev**. Canada, v.16, n.6, jun. 2010.

NESVOLD, I.L. et al. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. **J Cancer Surviv**. Noruega, v.5, n.1, p.62-72, mar. 2011.

ORFALE, A.G. et al. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. **Braz J Med Biol Res**. Ribeirão Preto, v.38, n.2, fev. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em <<http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

PUSIC, A.L.; KLASSEN, A.F.; CANO, S.J. Use of the BREAST-Q® in clinical outcomes research. **Plastic and Reconstruction Surgery**. U.K., v.129, n.1 p.166-167, jun.2012.

ROCCO, N. et al. Different types of implants for reconstructive breast surgery. **Cochrane Database Syst Rev**. Napoli, v.16, n.5, mai. 2016.

SCHREIBER, K.L. et al. Predicting, preventing and managing persistent pain after breast cancer surgery: the importance of psychosocial factors. **Pain Manag**. Boston, v.4, n.6, p.445-59, dez.2014.

SHEKHAWAT, L. et al. Patient-reported outcomes following breast reconstruction surgery and therapeutic mammoplasty: prospective evaluation 1 year post-surgery

with BREAST-Q questionnaire. **Indian Journal of Surgery in Oncology**. India, v.6, n.4, p.356-362, dez. 2015.

SERLETTI, J.M. et al. Breast reconstruction after breast cancer. **Plast Reconstr Surg**. Philadelphia, v.127, n.6, p. 124-135, jun. 2011.

SELBER, J.C. et al. Risk factors and complications in free TRAM flap breast reconstruction. **Ann Plast Surg**. Philadelphia, v.56, n.5, p.492–497, mai. 2006.

SIMON, A.M. Comparison of unipedicled and bipedicled TRAM flap breast reconstructions: assessment of physical function and patient satisfaction. **Plast Reconstr Surg**. U.S.A., v.113, n.1, p.136-140, jan. 2004.

SINGLETARY, S.E. et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer. **J Clin Oncol**. Texas, v.20, n.17, p. 3628-36, set.2002.

SPRINGER, B.A. et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**. Michigan, v.120, n.1, p.135-47, fev.2010.

SULLIVAN, S.R. et al. True incidence of all complications following immediate and delayed breast reconstruction. **Plast Reconstr Surg**. Seattle, v.122, n.1, p.19–28, jul.2008

TEIXEIRA, L.F.; SANDRIN, F. The role of physiotherapy in the plastic surgery after oncological breast surgery. **Gland Surgery**, Milan, v.3, n.1, p. 43-47, fev. 2014.

THOMSON, H.J. et al. A prospective longitudinal study of cosmetic outcome in immediate latissimus dorsi breast reconstruction and the influence of radiotherapy. **Ann Surg Oncol**. U.K., v.15, n.4, p. 1081–1091, abr.2008.

TOMAZELLI, J. et al. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. **Epidemiol Serv Saude**. Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.1-10, jan. 2017.

WILKINS, E.G. Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: One-year Outcomes of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium (MROC) Study. **Ann Surg**. USA, nov.2016 .

YIL, N.W.; KHOO, C.T. Salvage of infected expander prostheses in breast reconstruction. **Plast Reconstr Surg**. U.K., v.111 n. 3, p. 1087–1092, mar. 2003.

## 8. Anexos

### 8.1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Gisele Camargo Rodrigues, acadêmica do último ano do curso de fisioterapia da Universidade Federal de São Paulo, *Campus Baixada Santista* e sob a supervisão da Profa. Dra. Maria Teresa Pace do Amaral, venho convidá-la a participar do estudo **Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia ou mastectomia com reconstrução mamária imediata – estudo descritivo.**

Antes de assinar esse termo e de livre vontade aceitar o convite, esclarecerei os seguintes aspectos:

- 1- Este trabalho tem por finalidade verificar a qualidade de vida de mulheres que são submetidas à cirurgia de mastectomia ou mastectomia com reconstrução mamária imediata.
- 2- Você será submetida a uma avaliação física que será realizada pela acadêmica com orientação da professora responsável. Também responderá a 2 questionários: um de qualidade de vida, chamado BREAST-Q, e outro de funcionalidade de membros superiores, chamado *Quick-DASH*.
- 3- Durante o exame físico, a acadêmica fará algumas perguntas em relação a sua idade e profissão; verificará a presença de complicações no local que foi operado; e medirá o movimento dos seus braços, através de um instrumento chamado goniômetro.
- 4- Ao participar deste trabalho você contribuirá com a equipe da fisioterapia, na elaboração de melhores estratégias de atuação, priorizando a melhora na qualidade de vida no pós-operatório de mastectomia ou mastectomia com reconstrução mamária imediata.
- 5- Sua participação neste estudo será inteiramente voluntária. Você não terá custos nem receberá compensação financeira pela participação; seus dados pessoais não serão divulgados, sendo utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Você terá garantida, a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo.
- 6- Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim sua privacidade, e se desejar, você poderá ser informada a respeito dos resultados da pesquisa.

- 7- Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável principal pela pesquisa é a Profa. Dra. Maria Teresa Pace do Amaral, que pode ser encontrada na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Rua Silva Jardim, 136 - Santos/SP - CEP: 11015-020 Telefone: (13) 3878-3810.
- 8- Em qualquer momento do estudo você terá acesso às informações obtidas a seu respeito, em relação aos resultados gerais ou as conclusões do estudo. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – localizado à Rua Botucatu, 572 – 1º andar, conjunto 14 - Vila Clementino, CEP: 04023-061. São Paulo-SP. Telefone: (11) 5571-1062.
- 9- Ao responder os questionários você poderá sentir desconforto emocional.
- 10- Este termo será disponibilizado em 2 vias originais, uma para ficar com você e outra para ficar com o pesquisador responsável. As 2 vias serão rubricadas pelo pesquisador e por você.

*Estou satisfeita com as explicações, aceito as condições acima e concordo em participar da pesquisa, voluntariamente.*

---

*Assinatura da participante/representante legal*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

---

*(pesquisadora responsável)*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## 8.2- Anexo 2: Ficha de Avaliação

Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

-----  
 Nº na pesquisa: \_\_\_\_\_ ( ) GM ( ) GR

### 1- Informações cirúrgicas e do tratamento

( ) MRH ( ) MRMM ( ) MRMP

( ) mastectomia + reconstrução mamária imediata: técnica \_\_\_\_\_

simetrização: ( ) sim ( ) não

( ) dissecação axilar / níveis: \_\_\_\_\_ ( ) BLS

mama operada: ( ) direita ( ) esquerda

TNM: \_\_\_\_\_ Ep: \_\_\_\_\_ linf. retirados/comprometidos: \_\_\_\_/\_\_\_\_

tratamento: QT ( ) sim ( ) não

RT ( ) sim ( ) não

tempo de cirurgia em meses: \_\_\_\_\_

**2- Lateralidade** ( ) direita ( ) esquerda

### 3- História pregressa de comprometimento músculo esquelético

( ) sim ( ) não Tipo \_\_\_\_\_

### 4- Fatores de risco individual

( ) fumo ( ) diabetes ( ) hipertensão ( ) alterações circulatórias

( ) doenças ortopédicas ( ) outros \_\_\_\_\_

### 5- Atividade laboral

( ) não ( ) sim tipo \_\_\_\_\_

### 6- Abordagem fisioterapêutica

( ) exercícios em grupo: ( ) ativo ( ) resistido

- ( ) exercícios individuais: ( ) ativo ( ) resistido ( ) passivo ( ) ativo assistido
- ( ) terapia manual: ( ) mob. articular ( ) massagem ( ) outro \_\_\_\_\_
- ( ) orientações para prevenção de linfedema
- ( ) tratamento de linfedema
- ( ) orientações para exercícios domiciliares
- ( ) outra abordagem fisioterapêutica: \_\_\_\_\_
- ( ) atividade física: \_\_\_\_\_

### 7- Força muscular: de 0 a 5

	Ombro D	Ombro E
Flexão		
Abdução		
Rotação interna		
Rotação externa		

### 8- Goniometria de membros superiores

	Ombro D	Ombro E
Flexão		
Abdução		
Rotação interna		
Rotação externa		

### 9- Complicações pós-operatórias

- ( ) sensação de inchaço: ( ) mama/plastrão ( ) MS ( ) TL. ( ) sítio doador
- ( ) deiscência ( ) aderência ( ) infecção ( ) necrose
- ( ) dor EAV:
- 0 \_\_\_\_\_ 10
- nenhuma dor dor máxima
- ( ) web síndrome ( ) alt. sensorial - local \_\_\_\_\_
- ( ) contratura de prótese
- ( ) linfedema
- ( ) outro \_\_\_\_\_

### 8.3- Anexo 3: Questionário de Qualidade de Vida - BREAST-Q® - Mastectomia

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO MASTECTOMIA (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

Após ler cada pergunta, circule o número da resposta que melhor descreve sua situação. Se você não tiver certeza sobre como responder uma questão, escolha a resposta mais próxima de como você se sente. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Pensando na área de suas mamas, nas últimas duas semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você está com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Sua aparência no espelho <u>vestida</u> ?	1	2	3	4
b. O quanto confortavelmente seu sutiã se ajusta?	1	2	3	4
c. Conseguir usar roupas mais justas?	1	2	3	4
d. Sua aparência no espelho <u>despida</u> ?	1	2	3	4

2. Pensando na área de suas mamas, nas últimas duas semanas, com que frequência você se sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Confiante em um encontro social?	1	2	3	4	5
b. Emocionalmente capaz de fazer as coisas que você quer fazer?	1	2	3	4	5
c. Emocionalmente saudável?	1	2	3	4	5
d. Valorizada como outras mulheres?	1	2	3	4	5
e. Autoconfiante?	1	2	3	4	5
f. Feminina em suas roupas?	1	2	3	4	5
g. Aceitando seu corpo?	1	2	3	4	5
h. Normal?	1	2	3	4	5
i. Como outras mulheres?	1	2	3	4	5
j. Atraente?	1	2	3	4	5

Por favor, confirme se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO MASTECTOMIA (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

**3. Nas últimas duas semanas, com que frequência você sentiu:**

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dores no pescoço?	1	2	3	4	5
b. Dores no alto das costas?	1	2	3	4	5
c. Dores nos ombros?	1	2	3	4	5
d. Dores nos braços?	1	2	3	4	5
e. Dores nas costelas?	1	2	3	4	5
f. Dores nos músculos do peito?	1	2	3	4	5
g. Dificuldade em levantar ou movimentar seus braços?	1	2	3	4	5
h. Dificuldade para dormir por causa de desconforto na região das mamas?	1	2	3	4	5
i. Áreas endurecidas na região das mamas?	1	2	3	4	5
j. Repuxo na região das mamas?	1	2	3	4	5
k. Sensação de incômodo na região das mamas?	1	2	3	4	5
l. Sensibilidade na região das mamas?	1	2	3	4	5
m. Dores agudas na região das mamas?	1	2	3	4	5
n. Dores localizadas na região das mamas?	1	2	3	4	5
o. Sensação dolorida na região das mamas?	1	2	3	4	5
p. Sensação de formigamento na região das mamas?	1	2	3	4	5

**Por favor, confirme se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO MASTECTOMIA (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

4. Pensando em sua sexualidade, com que frequência, você geralmente se sente:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo	Não Aplicável
a. Sexualmente atraente em suas roupas?	1	2	3	4	5	N/A
b. Confortável / relaxada durante atividade sexual?	1	2	3	4	5	N/A
c. Sexualmente confiante?	1	2	3	4	5	N/A
d. Satisfeita com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
e. Sexualmente confiante com relação a aparência da(s) sua(s) mama(s) quando você está <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A
f. Sexualmente atraente quando <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

5. Estas perguntas são sobre seu cirurgião plástico. Você sentiu que ele/ela:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Era competente?	1	2	3	4
b. Lhe passou confiança?	1	2	3	4
c. Envolveu você no processo de decisão?	1	2	3	4
d. Te tranquilizou?	1	2	3	4
e. Respondeu a todas as suas perguntas?	1	2	3	4
f. Fez você se sentir confortável?	1	2	3	4
g. Foi detalhista?	1	2	3	4
h. Foi fácil de conversar?	1	2	3	4
i. Entendeu o que você queria?	1	2	3	4
	1	2	3	4

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO MASTECTOMIA (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

j.	Foi sensível?				
k.	Ouviu as suas preocupações?	1	2	3	4
l.	Estava disponível quando você teve suas preocupações?	1	2	3	4

Por favor, confirme se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

**6. Estas perguntas são sobre os membros da equipe médica além do cirurgião ( por exemplo: enfermeiras, outros médicos que cuidaram de você quando passou pela mastectomia). Você sentiu que eles:**

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e. Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f. Eram detalhistas?	1	2	3	4
g. Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

**7. Estas perguntas são a respeito dos profissionais do ambulatório ou consultório (por exemplo: secretárias, enfermeiras do ambulatório ou da clínica). Você sentiu que eles:**

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO MASTECTOMIA (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

e.	Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f.	Eram detalhistas?	1	2	3	4
g.	Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

**Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.**

BREAST-Q™ © Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e The University of British Columbia, 2006, Todos os direitos reservados.

## 8.4- Anexo 4: Questionário de Qualidade de Vida - BREAST-Q® - Reconstrução

### BREAST-Q™ MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0

As perguntas seguintes são sobre suas mamas e sobre a cirurgia de reconstrução das mamas. Após ler cada pergunta, circule o número da resposta que melhor descreve sua situação. Se você não tiver certeza sobre como responder a uma questão, escolha a resposta que mais se aproxima de como você se sente. Por favor, responda a todas as questões.

1. Pensando em suas mamas, nas últimas duas semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Sua aparência no espelho <u>vestida</u> ?	1	2	3	4
b. A forma da(s) sua(s) mama(s) reconstruída(s) quando você está usando sutiã?	1	2	3	4
c. O quanto normal você se sente em suas roupas?	1	2	3	4
d. O tamanho de sua(s) mama(s) reconstruída(s)?	1	2	3	4
e. Conseguir usar roupas mais justas?	1	2	3	4
f. Como suas mamas estão alinhadas entre si?	1	2	3	4
g. O quanto confortavelmente seu sutiã se ajusta ?	1	2	3	4
h. A maciez de sua(s) mama(s) reconstruída(s)?	1	2	3	4
i. O quanto iguais em tamanho suas mamas são uma com a outra?	1	2	3	4
j. O quanto natural sua(s) mama(s) reconstruída(s) aparenta(m)?	1	2	3	4
k. O quanto naturalmente sua(s) mama(s) reconstruída(s) se posicionam?	1	2	3	4
l. Como é a sensação de tocar sua(s) mama(s) reconstruída(s) ?	1	2	3	4
m. O quanto sua(s) mama(s) reconstruída(s) parece(m) parte natural do seu corpo?	1	2	3	4
n. O quanto próximas suas mamas estão uma da outra em aparência?	1	2	3	4
o. Como sua(s) mama(s) reconstruída(s) se parece(m) agora se comparadas a como eram antes de qualquer cirurgia?	1	2	3	4
p. Como é sua aparência no espelho quando <u>despida</u> ?	1	2	3	4



**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

**4. pensando em suas mamas, nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu:**

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Confiante em um encontro social?	1	2	3	4	5
b. Emocionalmente capaz de fazer as coisas que você quer?	1	2	3	4	5
c. Emocionalmente saudável?	1	2	3	4	5
d. Valorizada como outras mulheres?	1	2	3	4	5
e. Autoconfiante?	1	2	3	4	5
f. Feminina em suas roupas?	1	2	3	4	5
g. Aceitando seu corpo?	1	2	3	4	5
h. Normal?	1	2	3	4	5
i. Como as outras mulheres?	1	2	3	4	5
j. Atraente?	1	2	3	4	5

**5. Pensando em sua sexualidade, desde a reconstrução de sua(s) mama(s), com que frequência, você geralmente se sente:**

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo	Não Aplicável
a. Sexualmente atraente em suas roupas?	1	2	3	4	5	N/A
b. Confortável / relaxada durante atividade sexual?	1	2	3	4	5	N/A
c. Sexualmente confiante?	1	2	3	4	5	N/A
d. Satisfeita com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
e. Sexualmente confiante com relação à aparência da(s) sua(s) mama(s) quando você está <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A
f. Sexualmente atraente <u>despida</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

**Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

Esta pergunta é sobre a reconstrução de mamas usando IMPLANTES. Se você não possui implante(s), pule para a questão 3. Se você possui implante(s), por favor, responda a questão 2 abaixo.

2. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. A quantidade de ondulações, rugas, em seu(s) implante(s) que você pode <u>ver</u> ?	1	2	3	4
b. A quantidade de ondulações, rugas, em seu(s) implante(s) que você pode <u>sentir</u> ?	1	2	3	4

3. Nós gostaríamos de saber como você se sente sobre o resultado de sua cirurgia de reconstrução em si. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação:

	Discordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Ter a mama reconstruída é uma alternativa melhor do que não ter mama(s).	1	2	3
b. Eu encorajaria outras mulheres em minha situação a passar pela cirurgia de reconstrução.	1	2	3
c. Eu faria novamente.	1	2	3
d. Não me arrependo de ter feito a cirurgia.	1	2	3
e. Passar pela cirurgia mudou minha vida para melhor.	1	2	3
f. O resultado atingiu minhas expectativas perfeitamente.	1	2	3
g. Aconteceu do jeito que eu planejei.	1	2	3

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

**6. Nas últimas 2 semanas, com que frequência, você sentiu:**

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dores no pescoço?	1	2	3	4	5
b. Dores no alto das costas?	1	2	3	4	5
c. Dores nos ombros?	1	2	3	4	5
d. Dores nos braços?	1	2	3	4	5
e. Dor nas costelas?	1	2	3	4	5
f. Dores nos músculos do peito?	1	2	3	4	5
g. Dificuldade em levantar ou movimentar seus braços?	1	2	3	4	5
h. Dificuldade para dormir por causa de desconforto na região das mamas?	1	2	3	4	5
i. Áreas endurecidas na região das mamas?	1	2	3	4	5
j. Repuxo na região das mamas?	1	2	3	4	5
k. Sensação de incômodo na região das mamas?	1	2	3	4	5
l. Sensibilidade na região das mamas?	1	2	3	4	5
m. Dores agudas na região das mamas?	1	2	3	4	5
n. Dores localizadas na região das mamas?	1	2	3	4	5
o. Sensação dolorida na região das mamas?	1	2	3	4	5
p. Sensação de formigamento na região das mamas?	1	2	3	4	5

**Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

As perguntas seguintes são sobre reconstruções que usaram **TRAM or DIEP flap** (por exemplo, reconstruções que usam tecido ou gordura do abdômen ou da região da barriga). Se você não teve **TRAM or DIEP flap**, por favor, pule para a questão 10. Se você passou por **TRAM or DIEP flap**, por favor, responda às seguintes perguntas:

7. Nas últimas 2 semanas, pensando em seu abdômen (área da barriga), com que frequência você sentiu:

	Em nenhum momento	Em poucos momentos	Às vezes	A maioria do tempo	Todo o tempo
a. Dificuldade em se levantar por causa de fraqueza dos músculos abdominais (por exemplo, ao sair da cama)?	1	2	3	4	5
b. Dificuldade em fazer atividades diárias por causa de fraqueza dos músculos abdominais (por exemplo, arrumar sua cama)?	1	2	3	4	5
c. Desconforto abdominal?	1	2	3	4	5
d. Inchaço abdominal?	1	2	3	4	5
e. Protuberância abdominal?	1	2	3	4	5
f. Rigidez em seu abdômen?	1	2	3	4	5
g. Repuxos em seu abdômen?	1	2	3	4	5
h. Dores na parte inferior das costas?	1	2	3	4	5

8. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. A aparência de seu abdômen ?	1	2	3	4
b. A posição de seu umbigo?	1	2	3	4
c. A aparência de suas cicatrizes abdominais?	1	2	3	4

9. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você tem estado com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Como você sente seu abdômen ao toque agora em comparação a antes da cirurgia?	1	2	3	4
b. Como seu abdômen <u>parece</u> agora em comparação a antes da cirurgia?	1	2	3	4

**Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

Esta pergunta é sobre reconstrução de MAMILOS. Se você não passou por reconstrução de mamilos, por favor pule para a questão 11. Se você passou por reconstrução de mamilo, responda à pergunta 10 abaixo.

10. Nas últimas 2 semanas, o quanto satisfeita ou insatisfeita você está com:

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. O formato de seu(s) mamilo(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4
b. A aparência do(s) mamilo(s) e da(s) auréola(s) reconstruídos?	1	2	3	4
c. O quanto natural o(s) mamilo(s) e a(s) auréola(s) reconstruídos aparentam?	1	2	3	4
d. A cor do(s) mamilo(s) e da(s) auréola(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4
e. A altura (projeção) de seu(s) mamilo(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4

Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

**11. O quanto satisfeita ou insatisfeita você esteve quanto às informações que recebeu do seu cirurgião plástico sobre:**

	Muito insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Um pouco satisfeita	Muito satisfeita
a. Como a cirurgia de reconstrução seria feita?	1	2	3	4
b. Tempo de cicatrização e recuperação?	1	2	3	4
c. Possíveis complicações?	1	2	3	4
d. As opções que foram dadas a você sobre <u>tipos</u> de reconstrução de mamas?	1	2	3	4
e. As opções que foram dadas a você sobre o <u>momento</u> de reconstrução de suas mamas (ou seja, mesmo tempo que sua mastectomia ou posterior)?	1	2	3	4
f. Os prós e contras do <u>momento</u> de reconstrução de suas mamas?	1	2	3	4
g. Quanto tempo o processo de reconstrução de suas mamas levaria do início ao fim?	1	2	3	4
h. Que tamanho você poderia esperar que suas mamas seriam após a cirurgia de reconstrução?	1	2	3	4
i. Quanta dor você poderia esperar na recuperação?	1	2	3	4
j. Que aparência você poderia esperar das suas mamas após a cirurgia?	1	2	3	4
k. Quanto tempo após a cirurgia de reconstrução levaria para você se sentir normal de novo?	1	2	3	4
l. Como a cirurgia poderia afetar futuros rastreamentos de câncer de mama (por exemplo, mamografia, autoexame)?	1	2	3	4
m. Falta de sensibilidade em sua(s) mama(s) ou mamilo(s) reconstruído(s)?	1	2	3	4
n. A experiência de outras mulheres em suas cirurgias de reconstrução de mamas?	1	2	3	4
o. Como seriam as suas cicatrizes?	1	2	3	4

**Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

12. Estas perguntas são sobre seu cirurgião plástico. Você sentiu que ele/ela:

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Era competente?	1	2	3	4
b. Te passou confiança?	1	2	3	4
c. Envolveu você no processo de decisão?	1	2	3	4
d. Te tranquilizou?	1	2	3	4
e. Respondeu a todas as suas perguntas?	1	2	3	4
f. Fez você se sentir confortável?	1	2	3	4
g. Foi detalhista?	1	2	3	4
h. Foi fácil de conversar?	1	2	3	4
i. Entendeu o que você queria?	1	2	3	4
j. Foi sensível?	1	2	3	4
k. Ouviu as suas preocupações?	1	2	3	4
l. Estava disponível quando você ficou preocupada com algo?	1	2	3	4

**Por favor, verifique se que você respondeu a todas as perguntas antes de ir para a próxima página.**

**BREAST-Q™**  
**MÓDULO DE RECONSTRUÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO) 1.0**

**13. Estas perguntas referem-se aos membros da equipe médica além do cirurgião por exemplo: enfermeiras, outros médicos que cuidaram de você no hospital quando você passou pela cirurgia de reconstrução das mamas. Você sentiu que eles:**

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Trataram você com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e. Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f. Eram detalhistas?	1	2	3	4
g. Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

**14. Estas perguntas são a respeito dos profissionais do consultório (por exemplo: secretárias, enfermeiras do ambulatório ou da clínica). Você sentiu que eles:**

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo totalmente
a. Eram profissionais?	1	2	3	4
b. Te trataram com respeito?	1	2	3	4
c. Tinham conhecimento?	1	2	3	4
d. Foram amigáveis e gentis?	1	2	3	4
e. Fizeram você se sentir à vontade?	1	2	3	4
f. Eram detalhistas?	1	2	3	4
g. Ouviram suas preocupações?	1	2	3	4

**Por favor, verifique se você respondeu a todas as perguntas.**

BREAST-Q™ © Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e The University of British Columbia, 2006, Todos os direitos reservados.



## 8.5- Anexo 5: Questionário de Funcionalidade – *Quick DASH*

### ***QuickDASH***

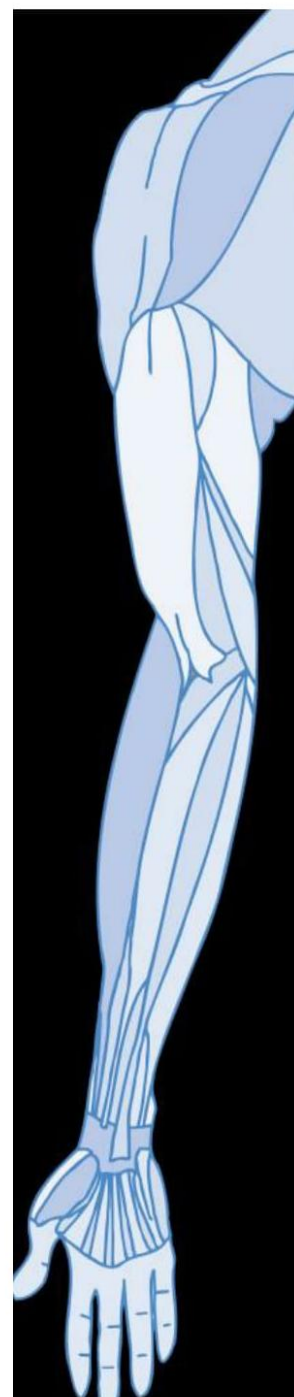
#### **Instruções**

Esse questionário é sobre seus sintomas, assim como suas habilidades para fazer certas atividades.

Por favor, responda todas as questões baseando-se na sua condição na semana passada.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual resposta seria a mais correta.

Não importa qual mão ou braço você usa para fazer a atividade; por favor, responda baseando-se na sua habilidade independentemente da forma como você faz a tarefa.



## QuickDASH

Por favor meça sua habilidade para realizar as seguintes atividades na semana passada circulando o número apropriado da resposta:

	Não houve dificuldade	Houve pouca dificuldade	Houve dificuldade moderada	Dificuldade severa	Não consegui fazer
1. Abrir um vidro novo ou com a tampa muito apertada.	1	2	3	4	5
2. Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
3. Carregar uma sacola ou uma mala.	1	2	3	4	5
4. Lavar suas costas.	1	2	3	4	5
5. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
6. Atividades recreativas que exigem alguma força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (por exemplo: jogar vôlei, martelar).	1	2	3	4	5

	Não afetou	Afetou pouco	Afetou Moderadamente	Afetou muito	Afetou Extrema Mente
7. Durante a semana passada, em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetaram suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	1	2	3	4	5

	Não limitou	Limitou pouco	Limitou moderadamente	Limitou muito	Não conseguiu fazer
8. Durante a semana passada, o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares foram limitadas devido ao seu problema com braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5

Por favor meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada. (circule o número)	Nenhuma	Pouca	Moderada	Severa	Extrema
9. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
10. Desconforto na pele (alfinetadas) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
	Não houve dificuldade	Pouca dificuldade	Dificuldade moderada	Dificuldade severa	Tão difícil que eu não pude dormir
11. Durante a semana passada, quanto de dificuldade você teve para dormir por causa da dor no seu braço, ombro ou mão? (circule o número)	1	2	3	4	5

ESCORES DOS SINTOMAS E DISFUNÇÃO DO QuickDASH =  $[(\text{soma das respostas} / n) - 1] \times 25$ , quando o n é o número completo de respostas.

O escore do QuickDASH não pode ser calculado se houver mais de um item não válido.

## QuickDASH

### MÓDULO DE TRABALHO (OPCIONAL)

As questões seguintes perguntam sobre o impacto do seu problema no braço, ombro ou mão em sua habilidade de trabalhar (incluindo tarefas domésticas se esta é sua principal função)

Por favor indique qual é o seu trabalho: \_\_\_\_\_

☐ Eu não trabalho (você pode pular essa sessão)

Por favor, circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:

	Sem dificuldade	Pouca dificuldade	Dificuldade moderada	Dificuldade severa	Não conseguiu fazer
1. uso de sua técnica habitual para seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer seu trabalho usual por causa de dor em seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer seu trabalho tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. usar a mesma quantidade de tempo fazendo seu trabalho?	1	2	3	4	5

### MÓDULO DE ESPORTES / PERFORMANCES ARTÍSTICAS (OPCIONAL)

As questões que seguem relatam sobre o impacto de seu problema no braço, ombro ou mão quando você toca um instrumento musical, pratica esporte ou ambos. Se você toca mais de um instrumento, pratica mais de um esporte ou ambos, por favor, responda com relação ao que é mais importante para você.

Por favor, indique o esporte ou instrumento que é mais importante para você:

---

☐ Eu não toco instrumentos ou pratico esportes (você pode pular essa parte)

Por favor circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:

	Sem dificuldade	Pouca dificuldade	Dificuldade moderada	Dificuldade severa	Não conseguiu fazer
1. uso de sua técnica habitual para tocar instrumento ou praticar esporte?	1	2	3	4	5
2. tocar seu instrumento musical ou praticar o esporte por causa de dor no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar seu instrumento musical ou praticar o esporte tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. usar a mesma quantidade de tempo tocando seu instrumento ou praticando o esporte?	1	2	3	4	5

Escore dos módulos opcionais: somar os valores de cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. O escore do módulo opcional não pode ser calculado se houver mais de 1 item não válido

QuickDASH Brasil

Orfale, A.G.; Araújo, P.M.P.; Ferraz, M.B. and Natour, J.

Â© IWH 2003. All rights reserved.